

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

NÍVEL MESTRADO

LUNA STRIEDER VIEIRA

**FATORES ASSOCIADOS A CESSAÇÃO DO CONSUMO ENTRE USUÁRIOS
DE CRACK EM CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS**

SÃO LEOPOLDO

2012

Luna Strieder Vieira

**FATORES ASSOCIADOS À CESSAÇÃO DO CONSUMO ENTRE USUÁRIOS
DE CRACK EM CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos – UNISINOS

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof Dr Rogério Lessa Horta

São Leopoldo

2012

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos pelo amor incondicional e apoio de sempre.

Ao professor Rogério, meu orientador, que sempre colaborou com dedicação, carinho, sabedoria e uma paciência sem fim. A ele minha admiração e respeito.

À minha dinda Beatriz e toda a sua família que me receberam de portas abertas incontáveis vezes, sempre com carinho, a eles toda minha gratidão.

À Graciele, Larissa, Isabel, Mari Ângela e Mariana, que além de colegas foram amigas e fizeram o mestrado mais colorido.

Aos colegas do grupo de pesquisa, pelo comprometimento e auxílio inestimável.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pelos conhecimentos cedidos.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização do mestrado.

RESUMO

Os registros de uso de crack no Brasil, nos últimos anos, têm aumentado, causando uma preocupação da sociedade como um todo, devido aos problemas decorrentes da dependência da droga. O tratamento da dependência, bem como a cessação do uso são objetivos possíveis de alcançar, uma vez que já existem usuários que conseguem se abster do crack. O objetivo deste estudo foi estudar as condições associadas à abstinência de crack. Trata-se de um estudo transversal, exploratório com amostragem em bola de neve, que reuniu 495 indivíduos vinculados a diferentes serviços de saúde da região metropolitana de Porto Alegre (RS) em virtude do uso de crack, que responderam um questionário pré-codificado, padronizado e pré-testado. Os dados foram submetidos à análise multivariada por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para estimar a razão de prevalência do desfecho abstinência, definido como referência a intervalos iguais ou superiores a 12 semanas desde o último episódio de consumo. Permaneceram em associação com abstinência: não ter companheiro/a (RP: 1.11 IC 95%: 1.04-1.19, $p=0.004$), ter familiar em atendimento em saúde mental (RP: 1.10 IC 95%: 1.03-1.17, $p=0.004$), luto nos últimos 12 meses (RP: 1.07 IC 95%: 1.02-1.13, $p=0.007$), dificuldades sexuais atribuídas ao crack (RP: 1.08 IC 95%: 1.03-1.13, $p=0.003$) e reconhecimento de comunidades terapêuticas como recurso efetivo (RP: 1.10 IC 95%: 1.02-1.18, $p=0.016$). Apareceram em associação negativa com abstinência: já ter fumado crack com pai (RP: 0.83 IC 95%: 0.73-0.95, $p=0.009$), dependência do crack (RP: 0.91 IC 95%: 0.83-0.99, $p=0.038$), autopercepção de saúde muito ruim (RP: 0.56 IC 95%: 0.53-0.58, $p=0.000$) e escore no BDI leve (RP: 0.93 IC 95%: 0.87-0.98, $p=0.002$) moderado (RP: 0.89 IC 95%: 0.82-0.96, $p=0.002$).

SUMÁRIO

I – PROJETO DE PESQUISA	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO	9
3 JUSTIFICATIVA	19
4 OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo Geral	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5 HIPÓTESES	21
6 MÉTODOS	22
6.1 Delineamento	22
6.2 Local	22
6.3 População Alvo	22
6.4 Amostra	22
6.5 Critérios de inclusão e exclusão	23
6.6 Instrumentos de coleta de dados	23
6.7 Variáveis	24
6.8 Coleta de Dados	27
6.9 Processamento e Plano de Análise dos Dados	31
6.10 Considerações éticas	32
7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	33
8 CRONOGRAMA	34
9 RECURSOS	35
REFERÊNCIAS	36
II - RELATÓRIO DE CAMPO.....	46
1 INTRODUÇÃO	47
2 INCLUSÃO NO GRUPO DE PESQUISA E NO PROJETO	48
3 PREPARAÇÃO DO INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	49
3 PROCESSAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS	51
4 ANÁLISE DE DADOS	52
5 LIMITAÇÕES	57
III – ARTIGO CIENTÍFICO	58
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA	60
ANEXO C - QUESTIONÁRIO	61

I – PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados apresentados pelo II Levantamento Domiciliar Brasileiro sobre o uso de drogas psicotrópicas envolvendo as 108 maiores cidades brasileiras, aproximadamente 23% da população entrevistada já fez uso de alguma droga ilícita na vida (Carlini, Galduróz *et al.*, 2006). O aumento da prevalência de consumo de algumas substâncias psicoativas, de modo especial o crack, tem sido observado no Brasil e na região sul do país (Costa E Silva e Koifman, 1998; Ramos, 2003; Kroeff, Mengue *et al.*, 2004; Carlini, Galduróz *et al.*, 2006; Horta, Horta *et al.*, 2007). O crack é uma apresentação de cocaína, que é a benzoimetilecgonina ou cloridrato de cocaína, um alcalóide derivado das folhas das plantas do gênero *eritroxilon* (Rotta e Cunha, 2000). Crack é o nome vulgar de um alcalóide de cocaína altamente purificado que é a base livre, quando adicionada ao bicarbonato de sódio. O crack pode ser fumado e leva rapidamente a sintomas do tipo euforia e necessidade de repetir o uso, com possibilidade de progressão para ansiedade, hostilidade, depressão, ilusões perceptivas, delírios paranóides, hipervigilância e alucinações (Leite, Marcos Da Costa. , 1999).

O consumo de crack acarreta diversos danos físicos, entre eles os danos neurológicos, como acidente vascular cerebral, dores de cabeça, tonturas, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões. Danos na circulação comuns são o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, isquemias e infarto agudo do miocárdio. O consumo do crack pode, ainda, ter efeitos no sistema digestivo, causando sintomas como náusea, perda de apetite, dor abdominal e diarreia. As vias aéreas também são afetadas, devido às altas temperaturas da fumaça do crack que podem causar queimaduras nos tecidos da laringe, traquéia e brônquios. O órgão mais exposto aos efeitos do uso do crack é o pulmão, levando a formação de quadro clínico reconhecido pela denominação de “pulmão de crack”, cujos sintomas são: tosse, dor no peito, escarro com presença de sangue ou enegrecido e piora de asma, se houver. Este quadro pode ser agravado por uma reação inflamatória mais evidente, caracterizando pneumonite por crack.

Há também prejuízo das habilidades cognitivas envolvidas especialmente com a função executiva e com a atenção. Este comprometimento altera a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental e a velocidade de processamento de informações. Cunha e colaboradores (2004) avaliou o desempenho neuropsicológico de usuários de crack, durante a segunda semana de abstinência, e um grupo de controle com voluntários normais. Foram avaliados quanto à atenção, memória, aprendizagem verbal, linguagem, funções executivas e visos-espaciais. Os resultados revelaram um comprometimento em todas as áreas de

funcionamento cognitivo avaliadas. Os usuários de crack apresentaram problemas no armazenamento de novas informações verbais e uma das áreas mais prejudicadas foi a das funções executivas.

Os sintomas tanto da intoxicação quanto da síndrome de abstinência como fadiga, desgaste físico, desânimo, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e desagradáveis e intensa vontade de usar a droga podem ser tão intensos que os usuários costumam referir grande dificuldade de suportá-los, o que contribui para as dificuldades iniciais do processo de cessação do uso do crack (Bordin, Figlie *et al.*, 2004).

Indivíduos que consomem crack têm risco elevado de perderem o controle do uso e de se tornarem dependentes. A dependência, por sua vez, é considerada um grave problema de saúde pública, devido às conseqüências que acarretam para a pessoa e para a sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social (Organização Mundial Da Saúde, 2001).

O tratamento da dependência de crack abrange a capacidade de identificar e tratar sintomas específicos e momentâneos, e também, conseguir pensar no indivíduo em sua totalidade para que seja possível oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga (Pratta e Santos, 2009).

O tratamento da dependência de crack, assim como a cessação do consumo da droga, é difícil, mas possível, apenas exigindo muito em termos de estratégias motivacionais e de prevenção da recaída (ORSI; OLIVEIRA, 2006; ANDREATTA; OLIVEIRA, 2008). Há registros da existência de usuários de crack em uso controlado ou que cessam o uso por conta própria, sem nenhum tipo de atendimento (ORSI; OLIVEIRA, 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Há um vasto número de técnicas e recursos terapêuticos propostos, em cuja aplicação as equipes podem ser capacitadas, se assim desejarem (Edwards e World Health Organization., 1994; Garrett, Landau-Stanton *et al.*, 1997; Ramos e Pires, 1997; Edwards, Marshall *et al.*, 1999; Landau, Garrett *et al.*, 2000; Miller e Rollnick, 2001; Almeida, Schleiniger *et al.*, 2003; Oliveira, Laranjeira *et al.*, 2003; Orsi e Oliveira, 2006; Williams, Meyer *et al.*, 2007; Andretta e Oliveira, 2008; Knapp e Luz Júnior, 2008). Os modelos e as técnicas, porém, ainda trabalham com indicadores de adesão e impacto relativamente baixos (ADENA; SPELLER, 2001; RAMOS, 2003) e há poucos desenvolvidos ou adaptados especificamente para a realidade das populações usuárias de crack.

As crenças de que não é possível abster-se do crack ou de que o atendimento de usuários de crack passa necessariamente por hospitalizações ou longas permanências em serviços como as comunidades terapêuticas podem contribuir, voluntária ou involuntariamente, para um reforço da estigmatização dos usuários e para o descrédito nos serviços de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O descrédito de alguns serviços gera sobrecarga em outros níveis das redes de atenção à saúde e contribui para a redução da efetividade, a longo prazo, de todas as propostas terapêuticas.

Variáveis sociodemográficas como sexo, idade, renda, escolaridade e ocupação, além das dificuldades específicas como déficits em habilidades sociais e déficits cognitivos, da ocorrência de eventos traumáticos recentes, da ocorrência de comorbidades, do envolvimento familiar no tratamento, da precocidade no início do uso de substâncias, do tempo de uso e as quantidades habitualmente consumidas, do grau de prejuízo ou dano estabelecido, do nível de motivação para a mudança, e do tipo de recurso terapêutico aplicado, podem favorecer ou dificultar a evolução dos processos terapêuticos dirigidos ao uso problemático e à dependência de substâncias e muitos destes já são também relacionados aos transtornos por uso de crack (Siegal, Li *et al.*, 2002; Caballo, 2003; Cunha, Nicastri *et al.*, 2004b; Martin, Josiah-Martin *et al.*, 2005; Falck, Wang *et al.*, 2007; Andretta e Oliveira, 2008; Dias, Ribeiro *et al.*, 2008; Guimarães, Santos *et al.*, 2008b).

Pesquisas que mostrem um conjunto maior de informações sobre a população usuária de crack, especialmente com foco na possibilidade de reconhecimento de perfis populacionais com maior probabilidade de atingir níveis de uso controlado ou abstinência do crack e perfis com indicação de investimentos em serviços e técnicas de maior complexidade com o mesmo fim são necessárias com vistas a um adequado dimensionamento da rede de atenção à saúde desses usuários.

Diante da potencial relevância do conhecimento sobre a população usuária de crack, este estudo se propõe a identificar indivíduos com histórico de uso de crack que se mantêm abstinentes da substância, com ou sem ajuda de recursos terapêuticos, na região metropolitana de Porto Alegre - RS e dimensionar a contribuição de cada uma das variáveis estudadas na determinação do desfecho abstinência do uso de crack, em comparação com a população em uso ativo.

2 REVISÃO

Esta revisão enfoca aspectos históricos e epidemiológicos do uso de drogas, de maneira geral, e do crack, em particular, além de fatores que podem facilitar ou dificultar o tratamento dos agravos decorrentes deste comportamento ou a cessação do uso de crack.

Foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed, SCIELO e LILACS, com as palavras: crack cocaine, crack cocaine and abstinence, predictors of cessation and crack cocaine, predictors of cessation and cocaine e cessation crack cocaine.

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados. Foram revisados, ainda, textos clássicos e documentos públicos de instituições relacionadas ao tema.

O termo droga tem origem no idioma holandês antigo, especificamente na palavra droog, que tem como significado folha seca. Esta denominação é devido ao fato de que antigamente quase todos os medicamentos possuíam vegetais na sua composição. Atualmente, porém, o termo droga, segundo a definição da OMS, abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental são chamadas drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas (Observatório Brasileiro De Informações Sobre Drogas, 2011).

As substâncias psicoativas dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras. As drogas depressoras do sistema nervoso central - álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos - fazem com que o cérebro funcione devagar, diminuindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual. As estimulantes do sistema nervoso central - anfetaminas, cocaína e tabaco-, ao contrário, aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. As drogas perturbadoras do sistema nervoso central – maconha, alucinógenos, LSD, ecstasy e anticolinérgicos – produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na sensopercepção. Por esses motivos, são também chamadas de alucinógenos (Chaloult, 1971).

A cocaína é considerada uma droga estimulante. Substância natural, extraída das folhas de uma planta que ocorre exclusivamente na América do Sul: a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca. Pode chegar até o consumidor sob a forma de um sal – o do cloridrato

de cocaína, que é solúvel em água e, portanto, pode ser aspirado ou dissolvido em água para uso endovenoso ou sob a forma de uma pasta básica combinada com bicarbonato de sódio, que quando queimada em um cachimbo ou outro recipiente, produz um ruído típico de estalo, responsável pelo seu nome “Crack” (Carline, Aparecida Nappo *et al.*, 2001).

O uso do crack permite uma propagação maciça da substância para o cérebro, obtendo efeitos mais estimulantes e prazerosos. O início de ação da droga é rápido, produzindo imediatamente os efeitos psíquicos, com pico em cinco minutos. Os efeitos começam a dissipar-se 10 a 20 minutos depois, levando a uma nova administração. As diversas administrações podem ocasionar períodos de consumo de horas a dias, em geral até o esgotamento do suprimento da droga (Leite, Marcos Da Costa. , 1999; Kessler e Pechansky, 2008a).

Segundo dados da OMS cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo(OMS, 2001).

No ano de 2007, a Organização das Nações Unidas (ONU) recolheu dados que apontaram que cerca de 208 milhões de pessoas, ou seja, 4,8% da população adulta do mundo usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez naquele ano (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2008).

Das substâncias ilícitas, a mais utilizada é a maconha, seguida das anfetaminas, da cocaína e dos opióides. (Silva, Malbergier *et al.*, 2006; Relatório Mundial Sobre Drogas Wdr, 2009). Nos anos de 2000 e 2001, 2,7% da população mundial e 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais utilizaram maconha pelo menos uma vez (Organização Mundial Da Saúde e 2004).

Além da maconha, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter usado ao menos um tipo de substancia ilícita (Organização Mundial Da Saúde e 2004).

Em relação à cocaína, em muitos países desenvolvidos, como Canadá, EUA e países europeus, cerca de 5% dos jovens indicaram ter fumado cocaína ao longo da sua vida (Organização Mundial Da Saúde e 2004).

Em um estudo multicêntrico europeu, as mais elevadas prevalências do uso de cocaína entre 2001 e 2002, ao longo da vida, são encontradas no Reino Unido (5,2%) e Espanha (4,9% em 2001) (Prinzleve M, Haasen C *et al.*, 2004).

Quanto ao consumo de crack, nos EUA tornou-se popular por volta de 1985. Nos anos 80 a produção de cocaína gerou uma movimentação anual de 27 bilhões de dólares. Com a

introdução do crack este número cresceu, com aumento significativo de novos usuários, sendo que em 1988, chegou à proporção de cinco mil novos usuários por dia, seis milhões de usuários regulares e um milhão de usuários compulsivos da droga (Barnes, 1988).

De acordo com o *National Household Survey* (NHS), em 1990, a prevalência do consumo norte-americano de crack na vida, era de 1,4%. Em 1992, somente dois anos depois, o consumo alcançava 3% para o uso na vida e 1% para o uso no último ano (Reinarman e Levine, 1997). No ano 2000 o consumo na vida superou os anos seguintes, chegando a 3,8% (Substance Abuse and Mental Health Services Administration; mental health and substance abuse emergency response criteria. Interim final rule, 2001). Neste mesmo período, o consumo no último ano, correspondeu a 3,0% de sua população (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention., 2001), ou 5,7 milhões de pessoas, no que diz respeito ao consumo no ano de 2007 (United Nations Office on Drugs and Crime., 2009).

Segundo dados do relatório anual de 2009 do uso de drogas na Europa, o Reino Unido notificou haver 0,5% de consumidores problemáticos de crack em 2006 e 2007 (Observatório Europeu Da Droga E Da Toxicodependência, 2009).

No Canadá, pesquisas recentes têm mostrado o crescimento do uso do crack. Um estudo com moradores de rua constatou que 52,2% deles tinham utilizado crack nos últimos seis meses. Em Toronto, 78,8% dos entrevistados relataram ter usado crack nos últimos seis meses (Fischer, Rehm *et al.*, 2006).

No Brasil a cocaína seguiu o mesmo desenvolvimento dos EUA, entretanto, com alguns anos de atraso, no começo do século XX, foi utilizada como fármaco, passou a ser menos utilizada nos anos 20 e tornou-se mais intensa no final da década de 80 (Carlini, Nappo *et al.*, 1993).

O crack surgiu primeiro no estado de São Paulo no final da década de 80 e apresentou aumento notório a partir de 1990 (Leite, Marcos Da Costa. , 1999). Em 2001, o I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, incluindo 107 cidades, mostrou que o uso de crack na vida era de 0,4%. Em 2005, no II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a prevalência estimada de uso na vida de crack já chegava a 0,7% (CARLINI *et al.*, 2002; CARLINI *et al.*, 2006).

Em Porto Alegre, os primeiros registros envolvendo o crack apareceram entre 1993 e 1997, com crescimento no decorrer dos anos. O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado em 2001 mostrou uma prevalência no Sul do Brasil de 0,5% de uso de crack na vida, enquanto que em 2005, o II Levantamento Domiciliar sobre

o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, mostrou uma prevalência no Sul do Brasil de 1,1% de uso de crack na vida (CARLINI *et al.*, 2002; CARLINI *et al.*, 2006).

Segundo Ramos e Saibro (2003), a capital brasileira que mais cresce em consumo de drogas e onde o índice de consumo é o mais alto é Porto Alegre. Conforme o mesmo levantamento, os jovens dos colégios públicos de Porto Alegre estão fumando maconha seis vezes mais e consumindo cocaína 23 vezes mais que há 15 anos.

O usuário de crack brasileiro, bem como de outros países, caracteriza-se por ser homem, jovem, poliusuário, com baixo nível socioeconômico e educacional, sem trabalho ou vivendo trabalhos informais, marginalizado, com piores índices sociais e de saúde que os demais. Trocam sexo por droga ou por dinheiro para poder comprar a droga e têm maior envolvimento com a criminalidade (Sanchez e Nappo, 2002; Duailibi, Ribeiro *et al.*, 2008). A maioria começa o consumo de drogas com o álcool e o tabaco, precocemente e com uso pesado, passando à maconha como primeira droga ilícita e seguindo para as demais (Sanchez e Nappo, 2002).

No que diz respeito à prevalência de consumo por gênero, em 2001 o consumo de crack na vida para o sexo masculino era de 1,2% na faixa dos 25- 34 anos, enquanto o público feminino tinha o percentual mais elevado na faixa dos 18- 24 anos (0,3%). Já 2005, o sexo masculino teve uma prevalência consumo de crack na vida de 3,2% e o feminino 0,5%, ambos conservando as mesmas faixas etárias do ano de 2001 como as de maior prevalência (Carlini, Galduróz *et al.*, 2002; Carlini, Galduróz *et al.*, 2006).

Quanto ao usuário de crack ter como característica o fato de ser poliusuário, estudos têm concluído que o abuso de drogas múltiplas está associado com risco aumentado de dependência, pior saúde física, overdose (Risser D e Schneider B, 1994), maior exposição a AIDS (Darke, Swift *et al.*, 1994), pouco resultado no tratamento (Downey, Helmus *et al.*, 2000), além de outros problemas sociais e de saúde mental (Kendall, Sherman *et al.*, 1995; Schensul J J, Convey M *et al.*, 2005).

A dependência de drogas é classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, é uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida (Leite, 2000; Aguilar e Pillon, 2005).

Além da ânsia em buscar incessantemente a droga, a dependência causa alterações acentuadas no envolvimento do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, a principal característica da dependência

de substâncias é presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidenciam que o indivíduo continua a usar a substância, apesar dos problemas relacionados à mesma, tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Portanto, há um padrão de auto-administração repetida, que de modo geral resulta em tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo de consumo da droga (American Psychiatric Association, 2000)

Dados apresentados pela ONU em 2007 mostram que 26 milhões de pessoas (0,6% da população mundial) têm dependência química e que metade faz uso de drogas pelo menos uma vez ao mês. No ano de 2007 aproximadamente 200 mil usuários faleceram em consequência do consumo ((Organização Das Nações Unidas - Onu, 2007). Sabe-se que, quanto mais precoce a detecção da dependência, maior o sucesso que intervenções terapêuticas podem obter. Tanto a OMS como a Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), estabelecem critérios que direcionam o diagnóstico da dependência. Um diagnóstico definitivo de dependência deve normalmente ser realizado apenas se três ou mais das seguintes condições tenham sido experienciadas ou exibidas em algum momento durante o ano anterior (Leite, Marcos Da Costa., 1999):

- a) forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- b) dificuldade para controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- c) estado de abstinência fisiológico quando o consumo da substância cessou ou foi reduzido evidenciado por sintomas característicos para a abstinência da substância – Retorno ao uso da substância (ou similar) para alívio ou evitação destes sintomas;
- d) evidência de tolerância, de forma que doses crescentes da substância são necessárias para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas. Se o indivíduo mantém a dose estável, outra forma de verificar a presença deste critério é a redução dos efeitos da substância;
- e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou ainda para se recuperar de seus efeitos;
- f) persistência no uso da substância, a despeito de evidências claras de conseqüências manifestamente nocivas.

A motivação é um passo importante para qualquer ação ou mudança de comportamento. A origem da motivação é um aspecto relevante, ela pode ser externa

(pressões, ações coercitivas) ou interna (motivação que vem do próprio indivíduo) (Ryan, Plant *et al.*, 1995).

A motivação é caracterizada como processo dinâmico segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclement (1993). Este modelo descreve os estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída.

Usuários de drogas podem reconhecer os efeitos negativos envolvidos em seus comportamentos, no entanto, seguem atraídos pelas drogas por não apresentarem motivação para iniciar ou manter um tratamento.

Existem algumas condições que parecem se relacionar com a mobilidade pessoal para remissão estável do consumo (Vaillant, 1997; Leite e Gomes, 1998). Uma delas é o abuso, por pouco tempo, de drogas muito leves, onde simples mudanças no modo de vida do usuário de drogas podem levar à remissão completa. Outra condição é o abuso de drogas pesadas, que poderá levar o usuário ao “fundo do poço” e à tomada de decisão de que é necessário fazer alguma coisa a seu favor. Acontecer algo imprevisto na vida do usuário também tem relação com o rompimento de hábitos enraizados.

Essas três condições apresentadas incluíram os seguintes aspectos: a adoção de comportamentos substitutos que venham competir com a adição; a disponibilidade para supervisão compulsória, o engajamento em projetos significativos e a recuperação de autoestima. Esses quatro aspectos mostrados foram encontrados na experiência de abstinência em aditos de heroína (Maddox e Desmond, 1981).

Além destes, há outros fatores que podem intervir na abstinência de drogas, como a inserção em redes sociais e no mercado de trabalho, as habilidades sociais e os danos decorrentes do consumo e comorbidades.

Redes Sociais e mercado de trabalho

A rede social caracteriza-se como um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos ((Observatório Brasileiro De Informações Sobre Drogas, 2011).

A primeira rede de relação é a família, que logo é estendida para outras redes sociais, os vínculos estabelecidos tornam-se intencionais, definidos por afinidades e interesses comuns.

Stanton e Shadish (1997) referem-se a pesquisas que reforçam que é preciso atingir as famílias e trabalhar os vínculos entre seus membros, para o tratamento de dependentes. Usuários de drogas podem não ter uma família com a qual convivam ou nunca formaram uma

e encontram dificuldade em sustentar as estruturas familiares funcionando, devido à dificuldade na regulação das relações e dos afetos. Pode ser necessário buscar apoio nos grupos mais próximos. Quanto maior o suporte do usuário de drogas, maiores as chances de obtenção e manutenção da abstinência, bem como de outras mudanças de comportamento (Schenker e Minayo, 2004).

No entanto, algumas vezes as famílias se colocam de fora do problema entendendo que o social está representado pela instituição escolar, pela polícia ou pelo grupo de traficantes (Zemel, 2001), além disso, a incumbência de cuidar é difícil devido aos prejuízos sofridos diretamente pelos familiares ao longo do histórico de consumo das drogas (agressões, furtos domésticos, doenças diversas, entre outras) (Leite, Marcos Da Costa., 1999).

Hyland e colaboradores (2004) encontraram três fatores como motivos para parar o consumo de tabaco, são eles: a preocupação com o efeito sobre os outros, ser um bom exemplo para as crianças e pressão da família e dos amigos. Abdullah e colaboradores (2006) em estudo realizado em Hong Kong mostraram que indivíduos que usam tabaco e que moram com outras pessoas têm 93% a mais de chances de se abster que indivíduos que moram sozinhos. Mehta e colaboradores (2011) encontraram associação entre ser casado e cessação do uso de drogas com razão de risco de 1,28 para os casados, sendo os solteiros a categoria de referência (IC 95%: 1,05 - 1,57, $p < 0,05$).

A religião, umas das formas de inserção nas redes sociais, exerce impacto na dependência de drogas, o que sugere que o vínculo religioso facilita a recuperação e diminui os índices de recaída dos pacientes submetidos aos variados tipos de tratamento (Pullen, Modrcin-Talbott *et al.*, 1999).

Em um grupo dos narcóticos anônimos (NA), foi observado que uma melhor recuperação estava associada a uma prática religiosa formal diária, o que evidencia que os que frequentaram as reuniões do grupo de mútua ajuda e tinham um vínculo com alguma religião, apresentavam mais êxito na manutenção da sua abstinência (Day, Wilkes *et al.*, 2003).

Turner e colaboradores (1999), em estudo com uma população exclusivamente de mulheres em recuperação, destacaram a importância da associação de um programa de 12 passos a uma prática religiosa comum.

Richard e colaboradores (2000) afirmaram que a simples ida à Igreja contribui para a redução do consumo de drogas como a cocaína, sem necessariamente haver tratamento formal nesses lugares. Contudo, quando associados aos grupos dos 12 passos, a eficácia parece ser maior.

A Terapia dos 12 Passos é também conhecida como o "Modelo Minnesota". A espiritualidade é um elemento determinante nesses tratamentos. É pedido aos participantes que aceitem, com humildade, o fato de terem perdido a batalha do controle sobre as drogas e se rendam ao Poder Superior. A ideologia dos 12 passos acredita que a recuperação só é possível através do reconhecimento individual de que as drogas são um problema e da admissão da falta de controle sobre seu uso (Schenker e Minayo, 2004).

A inserção no mercado de trabalho, além de viabilizar a inclusão em diferentes redes sociais, garante ocupação e renda, que podem auxiliar na promoção e na sustentação da condição abstinente. Estar empregado parece ter associação com a cessação do uso de drogas, em um estudo realizado em San Francisco (USA) indivíduos que tinham um emprego ou assistência do governo como fonte de renda, apresentaram uma razão de risco de 2,22 (IC 95 %: 1.48–3.32, $p < 0,01$) de cessar o uso de drogas injetáveis em comparação com usuários que mantinham o consumo das drogas (Evans, Hahn *et al.*, 2009).

Habilidades Sociais

A inserção dos indivíduos em grupos, redes sociais e, até mesmo, no mercado de trabalho sofre forte influência de uma condição em particular, seu desenvolvimento em termos de habilidades sociais. O desenvolvimento das habilidades sociais se mostra primordial na promoção de interações sociais bem sucedidas (Del Prette, Del Prette *et al.*, 2006).

Pode ser expresso como um conjunto de comportamentos produzidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa atitudes, desejos, opiniões, sentimentos ou direitos desse indivíduo de forma adequada à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que normalmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto diminui a probabilidade de problemas vindouros (Caballo, 1998). O tratamento a partir do treinamento de habilidades sociais (THS) pode ajudar na recuperação das lacunas que existem mediante instrumentalização do jovem com uma série de comportamentos mais saudáveis (Oliveira, 2002).

O THS, de acordo com Caballo (2003), pode ser entendido como um tratamento que tem como objetivo ensinar estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, com a intenção de melhorar a sua competência interpessoal e individual em classes específicas de situações sociais. Auxilia no tratamento do abuso e dependência de substâncias psicoativas, contemplando a promoção de habilidades sociais dos dependentes, além da criação e maximização das redes de apoio social (família, trabalho e religião), buscando a prevenção

dos comportamentos dependentes e das recaídas de ex-dependentes (Del Prette, A. e Del Prette, Z. A. P., 2001; Caballo, 2003)

Danos e comorbidades

Além dos riscos comportamentais e de agravos diretos à saúde dos indivíduos, o consumo de drogas pode estar associado a uma maior exposição a outros riscos, como o contágio por agentes etiológicos de doenças sexualmente transmissíveis. As comorbidades, ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com a possibilidade de potencialização recíproca entre estas, podem influenciar na resposta ao tratamento da dependência por alterar a motivação (Alves, Kessler *et al.*, 2004).

Uma pesquisa realizada em parceria com o Ministério da Saúde comparou os dados de usuários de crack com usuários de drogas injetáveis e concluiu que a soro prevalência do HIV entre os usuários de crack, embora inferior aos usuários de cocaína injetável, 7% e 33% respectivamente, é alta quando comparada com a população geral. (Azevedo, Botega *et al.*, 2007).

Um segundo diagnóstico psiquiátrico é comum entre os usuários de cocaína e crack (Leite, 1996). A depressão e os transtornos ansiosos estão entre as comorbidades psiquiátricas mais observadas em estudos brasileiros com esses usuários (Cruz, 1996; Terra, 2000).

A depressão pode influenciar na motivação para a abstinência de álcool e de outras drogas. Dependentes de álcool com sintomas depressivos graves revelavam-se mais motivados para uma mudança de comportamento, talvez, por terem maior percepção das conseqüências negativas da dependência do álcool (Blume, Schmalíng *et al.*, 2001). Cahill e colaboradores em estudo realizado em 2003 encontraram uma correlação forte e direta entre depressão e motivação interna ($p < 0,002$), motivação externa ($p < 0,01$) e a busca de ajuda interpessoal ($p < 0,01$).

Kevin Chen e Denise B. Kandel (1998) encontraram associação de sintomas depressivos com cessação de uso de maconha, segundo o estudo indivíduos que apresentavam sintomas depressivos tinham 1,32 ($p < 0,05$) vezes mais chances de se abster da maconha que indivíduos que não apresentavam sintomas depressivos ($p < 0,05$). No entanto, María Laura Llambí e colaboradores (2008), em estudo realizado no Uruguai, mostraram que indivíduos com ausência de antecedentes de depressão têm 3,49 vezes mais chances de se abster do tabaco do que indivíduos com antecedentes de depressão (IC 95%: 1,03 - 11,9, $p < 0,05$).

Quanto aos danos, Siegal e colaboradores (2002) e Schifano e colaboradores (2008) observaram que usuários de crack apresentam problemas com relação à criminalidade. Siegal e colaboradores salientam que os usuários de crack que notam os malefícios do uso, bem

como os usuários com histórico de tratamento prévio, têm mais chances de aderir a um novo tratamento, demonstrando o importante papel da motivação para mudança do comportamento no processo terapêutico.

Estágio motivacional

Em estudo realizado em Porto Alegre, foi encontrada uma relação significativa entre adesão ao tratamento de usuários de crack e estágio motivacional. Dos usuários que não aderiram ao tratamento 69,3% estavam no estágio de pré-contemplação, demonstrando que a maioria dos usuários não acreditava ter um problema em relação ao uso de drogas (Oliveira, Szupszynsk *et al.*, 2010).

Dados parecidos foram encontrados por Callaghan e colaboradores (2005), onde 69,4% dos usuários que abandonaram o tratamento estavam no estágio de pré-contemplação.

Ainda que se encontrem estudos sobre os fatores associados ao uso de crack, estes são escassos, especificamente com análise multivariada que utilizem medidas de associação entre os diferentes fatores associados ao consumo do crack e da possibilidade ou dificuldade de se abster da droga.

3 JUSTIFICATIVA

Estudos que visam conhecer o comportamento de usuários de crack são necessários, especificamente os que abrangem seu perfil sociodemográfico, padrões de consumo, reconhecimento de danos e motivação para mudança comportamento, para que seja possível traçar perfis populacionais com maior probabilidade de atingir níveis de uso controlado ou abstinência do crack nas modalidades de cuidados mais acessíveis, assim como perfis com indicação de investimentos em serviços e técnicas de maior complexidade, com vistas a um adequado dimensionamento da rede de atenção à saúde desses usuários.

Além disso, são raros os estudos identificados nesta revisão que empregaram análises multivariadas ou um efetivo controle de fatores de confusão em seus modelos de análise. Esta é uma lacuna que pode ser preenchida a partir do trabalho com o banco de dados que se propõe analisar aqui.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Estudar comparativamente usuários de crack da região metropolitana de Porto Alegre-RS que se encontram em abstinência e em uso ativo.

4.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os perfis dos grupos de usuários em abstinência e em uso ativo quanto a perfil sociodemográfico, composição do domicílio, rede de apoio, padrão de consumo, tratamentos anteriores e problemas associados.

Identificar, entre as características estudadas, condições associadas com a abstinência de crack.

5 HIPÓTESES

Condições associadas positivamente com abstinência de crack:

- a) manter padrão de consumo leve ou moderado;
- b) referir sintomas depressivos moderados ou graves;
- c) ser casado;
- d) ter renda ou ser ativo no mercado de trabalho;
- e) estar em tratamento;

6 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório que fará a análise de dados já disponíveis, oriundos do projeto O Crack e os Serviços de Saúde na Região Metropolitana de Porto Alegre, em sua fase 2, de autoria do Prof. Dr. Rogério Lessa Horta. Os dados já foram coletados.

6.1 Delineamento

O delineamento utilizado no estudo de base foi do tipo transversal. Esse delineamento foi escolhido, pois permite a análise das possíveis associações entre abstinência e as variáveis independentes, sendo capaz de responder aos objetivos propostos no presente estudo. Além de ter como vantagem o baixo custo, a simplicidade e a objetividade na coleta dos dados.

6.2 Local

O estudo foi realizado em municípios da região metropolitana de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul. Fizeram parte do estudo os seguintes municípios: Porto Alegre, Canoas, Viamão, Montenegro, Capela de Santana, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Parobé, Portão, Farroupilha, Osório e Taquari.

6.3 População Alvo

A população alvo deste estudo foi composta por usuários de crack em uso ativo e em abstinência, residentes nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre (RS).

6.4 Amostra

Processo: Os sujeitos foram buscados por estratégia em bola de neve, a partir dos serviços locais de saúde: Hospitais, Serviços de Pronto Atendimento em saúde mental, Serviços de Redução de Danos, comunidades terapêuticas, clínicas privadas, CAPS, unidades de saúde. Foi solicitado aos pacientes e aos profissionais dos serviços a indicação de sujeitos que pudessem ser buscados e assim sucessivamente.

Tamanho: Como a magnitude de alguns efeitos esperados poderia ser pequena, para um poder de 0,8 e um nível de significância mínimo de 0,05, cada grupo deveria ser composto de 310 indivíduos. Portanto, $n = 620$ indivíduos.

No prazo disponível para a coleta de dados, foram realizadas 519 entrevistas, 310 com usuários de crack em abstinência e 209 com usuários de crack em uso ativo.

6.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram entrevistados os indivíduos que residiam na região metropolitana de Porto Alegre (RS) que informaram ter usado crack em um período menor que duas semanas (uso ativo) e os que relataram ter o último consumo há doze semanas ou mais (abstinentes) no momento da entrevista. Indivíduos que estivessem sem usar crack em um intervalo entre duas e onze semanas completas desde o último episódio de consumo no momento da entrevista eram cadastrados para busca posterior, quando pudessem ser reconhecidos em uma das duas condições referidas acima.

Os critérios de exclusão adotados neste estudo foram quaisquer condições que levassem a incapacidade mental para responder o questionário.

6.6 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário pré-codificado, padronizado e pré-testado, que incluiu os instrumentos validados URICA-drogas ilícitas, IHS, BDI e BAI, além dos inventários para resiliência, apoio social e diagnóstico de dependência e abuso.

A escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment), criada por McConaughy, DiClemente, Prochaska e Velicer é uma escala que contém 24 itens desenvolvidos para medir o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra, dividida em quatro sub-escalas: Pré-contemplação (6 itens), Contemplação (6 itens), Ação (6 itens) e Manutenção (6 itens)(McConaughy, Diclemente *et al.*, 1989).

O IHS-Del-Prette (Del Prette, Z. A. P. e Del Prette, A., 2001) é um instrumento de auto-relato para avaliação de habilidades sociais, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e disponibilizado em forma de uma caixa com materiais impressos (manual, fichas de aplicação e de apuração), com opção de apuração informatizada online. Compõe-se de 38 itens, cada um descrevendo uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para reagir àquela situação. O respondente deve estimar a frequência com que reage da forma sugerida em cada item, considerando o total de vezes que se encontrou na situação descrita, e estimar a frequência de sua resposta em escala tipo Likert, com cinco pontos, variando de zero (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre). O IHS-Del-Prette produz um escore geral, referenciado à norma em termos de percentis, e escores em cinco subescalas de habilidades sociais:

- F1 - Enfrentamento e Autoafirmação com Risco;
- F2 – Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo;
- F3 - Conversação e Desenvoltura Social;

- F4 – Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas;
- F5 – Autocontrole da Agressividade.

Para avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão foram utilizadas, as escalas de Beck, BDI e BAI (Inventário de Ansiedade de Beck)(Beck, Ward *et al.*, 1961; Cunha, 2001).

O BDI foi proposto por Beck por constituir uma forma objetiva para medir as manifestações comportamentais da depressão. O inventário utilizado na pesquisa compreende 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de depressão. O indivíduo deveria escolher a que lhe parece mais apropriada. A soma dos escores identifica o nível de depressão. Esse instrumento foi validado por Cunha. A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo o seguinte resultado: 0 a 11 – mínimo; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderado; e 36 a 63 – grave.

O BAI foi proposto por Beck para medir os sintomas comuns de ansiedade. O inventário consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. Esse instrumento foi validado, no Brasil, por Cunha. A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo os seguintes resultados: 0 a 9 mínimo; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado; e 30 a 63 grave (CUNHA, 1999).

6.7 Variáveis

6.7.1 Variáveis Dependentes

Abstinência (sim ou não)

6.7.2 Variáveis Independentes

A definição operacional das variáveis independentes está contemplada na Tabela 1.

- Sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil e renda.
- Características individuais: resiliência, habilidades sociais, autopercepção de saúde e informações clínicas.
- Condições socioambientais: rede de apoio, apoio social, acesso à droga e composição do domicílio.
- Relação com o crack: padrão de uso e problemas relacionados com o crack.
- Preparação para mudança: estágio motivacional, tratamentos anteriores e reconhecimento de problemas.

Tabela 1- Definição das variáveis independentes

(continua)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	ESCALA
Sexo	Feminino/Masculino	Categórica Binária
Idade	Anos completos	Numérica Discreta
Escolaridade	Anos completos	Numérica Discreta
Estado Civil	Casado/a ou em união estável, solteiro/a, separado/a ou divorciado/a viúvo/a	Categórica Nominal
Ocupação regular	Sim ou Não	Categórica Binária
Renda	Em real	Numérica
Renda total sua e das pessoas com quem divide a moradia	Em real	Numérica
Estado de saúde	Muito boa, boa, ruim ou muito ruim	Categórica nominal
Composição do Domicílio	Número de pessoas na casa	Numérica Discreta
Filhos	Número de filhos	Numérica Discreta
Filhos na mesma moradia	Número de filhos que moram na casa	Numérica Discreta
Quantas pessoas usam crack das que moram com você.	Número de pessoas	Numérica Discreta
Quantas pessoas que moram com você usam álcool, cigarro, cocaína, maconha, cola, loló, merla, heroína ou outras drogas, fora o crack.	Número de pessoas	Numérica Discreta
Quantas pessoas que moram com você já tiveram indicação de fazer tratamento para alguma doença mental, inclusive por problemas com drogas.	Número de pessoas	Numérica Discreta
Famíliares que já tiveram indicação de fazer tratamento para alguma doença mental, inclusive por drogas	Número de pessoas	Numérica Discreta
Pessoas da família que encontra frequentemente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Pessoas da família que encontra eventualmente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Pessoas da família que encontra raramente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Amigos que encontra frequentemente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Amigos que encontra eventualmente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Amigos que encontra raramente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Colegas de trabalho que encontra frequentemente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Colegas de trabalho que encontra eventualmente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Colegas de trabalho que encontra raramente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Pessoas de atividades comunitárias que encontra frequentemente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Pessoas de atividades comunitárias que encontra eventualmente	Número de pessoas	Numérica Discreta

Tabela 1- Definição das variáveis independentes

(continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	ESCALA
Pessoas de atividades comunitárias que encontram-se raramente	Número de pessoas	Numérica Discreta
Pai morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Mãe morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Filho/a morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Irmã/o morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Companheiro/a morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Avô/ó morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Amigo/a morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Alguém importante para você morreu nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Perda de emprego ou falência nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Briga, ameaça ou assalto nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Separação conjugal nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Enchente ou incêndio nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Notícia de doença grave, sua ou de alguém querido nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Acidente no trânsito nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Prisão ou problema com polícia, justiça ou conselho tutelar nos últimos 12 meses	Sim ou Não	Catagórica Binária
Idade que usou crack pela primeira vez	Anos completos	Numérica Discreta
Primeira droga que usou	Cigarro/charuto/cachimbo ou bebidas alcoólicas ou maconha ou cocaína cheirada/ injetada ou loló/cola/solventes/lança ou LSD/ Ecstasy ou diazepam/ ritalina/ outro remédio que não seja para tratamento	Catagórica nominal
Idade que usou a primeira droga	Anos completos	Numérica Discreta
Droga que já tinha usado antes de usar o crack	Cigarro/charuto/cachimbo ou bebidas alcoólicas ou maconha ou cocaína cheirada/ injetada ou loló/cola/solventes/lança ou LSD/ Ecstasy ou diazepam/ ritalina/ outro remédio que não seja para tratamento	Catagórica nominal
Drogas que tem usado além do crack	Cigarro/charuto/cachimbo ou bebidas alcoólicas ou maconha ou cocaína cheirada/ injetada ou loló/cola/solventes/lança ou LSD/ Ecstasy ou diazepam/ ritalina/ outro remédio que não seja para tratamento	Catagórica nominal

Tabela 1- Definição das variáveis independentes

(continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	ESCALA
Drogas que usa atualmente e que pretende parar de usar	Cigarro/charuto/cachimbo ou bebidas alcoólicas ou maconha ou cocaína cheirada/ injetada ou loló/cola/solventes/lança ou LSD/ Ecstasy ou diazepam/ ritalina/ outro remédio que não seja para tratamento	Categórica nominal
Vínculo com atendimento	Sim ou Não	Categórica Binária
Tentativas de parar de usar crack sozinho ou com ajuda	Número de tentativas	Numérica Discreta
Hospitalizações para tentar parar de usar crack	Número de hospitalizações	Numérica Discreta
Fazenda ou comunidade terapêutica para tentar parar de usar crack	Número de vezes	Numérica Discreta
Há quantos dias usou o crack pela última vez	Número de dias	Numérica
Dias por semana que fumou crack nos últimos 6 meses de consumo	Número de dias	Numérica Discreta
Pedras que fumou por situação de consumo nos últimos 6 meses	Número de pedras	Numérica Discreta
Fumou crack com seu pai	Sim ou Não	Categórica Binária
Fumou crack com sua mãe	Sim ou Não	Categórica Binária
Fumou crack com seu filho ou filha	Sim ou Não	Categórica Binária
Fumou crack com seu irmão ou irmã	Sim ou Não	Categórica Binária
Fumou crack com seu companheiro/a	Sim ou Não	Categórica Binária
Fumou crack com seus amigos ou amigas	Sim ou Não	Categórica Binária
Fumou crack com desconhecidos	Sim ou Não	Categórica Binária
Nos últimos 12 meses gastou grande parte de seu tempo, pelo menos no último mês, para conseguir, usar ou para se recuperar do uso do crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Nos últimos 12 meses usou crack mais vezes ou em maior quantidade do que pretendia	Sim ou Não	Categórica Binária
Nos últimos 12 meses precisou usar mais crack do que antes para ter o efeito esperado ou percebeu que a mesma quantidade de crack já não produzia o mesmo efeito de antes	Sim ou Não	Categórica Binária
Nos últimos 12 meses tentou ou quis interromper ou evitar o uso de crack, mas não conseguiu	Sim ou Não	Categórica Binária
Nos últimos 12 meses continuou a usar o crack mesmo percebendo que ele lhe causava problemas emocionais, nervosos, transtorno mental ou doença física	Sim ou Não	Categórica Binária

Tabela 1- Definição das variáveis independentes

(continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	ESCALA
Nos últimos 12 meses o uso do crack reduziu ou eliminou seu envolvimento ou sua participação em atividades importantes	Sim ou Não	Catagórica Binária
Nos últimos 12 meses quando ficou sem usar o crack teve sintomas como aflição, inquietação, irritabilidade, insônia, tremores, visões, dores no corpo, enjôo ou vômito, ou outros	Sim ou Não	Catagórica Binária
Nos últimos 12 meses, teve problemas sérios em casa, no trabalho ou na escola, como não cuidar de seus filhos, faltar no trabalho ou nas aulas, ter desempenho prejudicado no trabalho ou na escola ou perder o emprego/abandonar a escola	Sim ou Não	Catagórica Binária
Nos últimos 12 meses, depois de usar crack, sob efeito da droga, costuma fazer ou já fez com alguma regularidade algo que o colocou ou poderia ter colocado em risco físico (dirigir carro ou moto, usar máquina perigosa, nadar, ou outras)	Sim ou Não	Catagórica Binária
Nos últimos 12 meses o uso de crack o levou a fazer coisas que o tem colocado em problemas com a lei.	Sim ou Não	Catagórica Binária
Nos últimos 12 meses teve problemas com a família ou com amigos provavelmente causados pelo uso do crack e continuou a usar, mesmo pensando que os problemas eram devidos ao uso do crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Brigas em casa atribuídas ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Separação ou divórcio atribuído ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Participação em assaltos e outros delitos atribuídos ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Prisão atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Processo judicial como acusado atribuído ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Perda de dinheiro atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Perda do trabalho ou emprego atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Dificuldades sexuais atribuídas ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Gravidez atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Doenças sexualmente transmissíveis atribuídas ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Outras doenças atribuídas ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Perda da casa/lugar de moradia atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Fome atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Vergonha de si atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Depressão, desânimo, desinteresse pela vida atribuídos ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Tentativa de suicídio atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Perda/abandono de amigos ou grupos sociais atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Perda do contato com filhos atribuída ao crack	Sim ou Não	Catagórica Binária

Tabela 1- Definição das variáveis independentes

(continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	ESCALA
Perda do contato com pai e/ou mãe atribuída ao crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Perda do contato com outros familiares atribuída ao crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Religiosidade, fé e orações ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Participação em cultos ou atividades religiosas ajudou a evitar o crack.	Sim ou Não	Categórica Binária
Mudar de cidade ou de bairro ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Não existir mais pedra a venda ajudou a evitar o crack .	Sim ou Não	Categórica Binária
Alguém do meu lado me cuidando sempre ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Ficar isolado num lugar sem poder pegar pedra ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Pedidos ou pressão da família ajudou a evitar o crack.	Sim ou Não	Categórica Binária
Terapia individual ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Cuidar dos seus filhos ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Terapia tratamento psicológico da família ajudou a evitar o crack ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Ter perdido algo muito importante ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Tratamento com remédios ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Me assustar com algum risco ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Ameaças recebidas ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Grupos de auto-ajuda ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Terapia em grupo ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Grupo de amigos que não usam ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Frequentar o CAPS ou CAPSAD ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Um emprego onde o crack não seja aceito ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Hospitalização ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Ficar em comunidade fazenda terapêutica ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Frequentar um centro de convivência com atividades para se manter ocupado ajudou a evitar o crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Faltar no trabalho ou na aula para conseguir crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Vender coisas da casa para conseguir crack	Sim ou Não	Categórica Binária
Pegar dinheiro ou pertences de alguém da família para conseguir crack	Sim ou Não	Categórica Binária

Tabela 1- Definição das variáveis independentes

(conclusão)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	DEFINIÇÃO	ESCALA
Furtar ou assaltar desconhecido para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Trabalhar no tráfico de drogas para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Ter relações sexuais para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Usar dinheiro próprio que estaria reservado para outro fim para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Ameaçar ou agredir alguém para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Matar alguém para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Pegar empréstimo de dinheiro para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Penhorar (pendurar) objetos para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Ficar sem comer para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Dormir na rua para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Fazer trabalhos extras para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária
Mentir ou enganar alguém para conseguir crack	Sim ou Não	Catagórica Binária

6.8 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada por entrevistadores, alunos da graduação da UNISINOS, que foram previamente selecionados e treinados. O treinamento incluiu a leitura e discussão dos instrumentos que foram aplicados. Periodicamente os entrevistadores se reuniam com o coordenador do estudo a fim de esclarecer dúvidas, pontuar as recusas, suprimento de material, revisão dos questionários e quaisquer outras circunstâncias referentes ao trabalho de campo.

Em cada serviço foi apresentado o projeto de pesquisa com o questionário que foi utilizado (ANEXO C), bem como a carta de anuência (ANEXO B). Antes de iniciar a entrevista, os entrevistadores leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) aos indivíduos e, somente após a obtenção da sua assinatura no TCLE, aplicaram o questionário. Ao término de cada entrevista, os entrevistadores revisaram e codificaram os questionários, que posteriormente foram entregues às supervisoras gerais. Estas fizeram uma última revisão e encaminharam os questionários para digitação.

A supervisão do trabalho de campo foi realizada pelo Prof. Dr. Rogério Lessa Horta e o trabalho contou com alunos da UNISINOS, que também codificaram os questionários e digitaram os dados.

6.9 Processamento e Plano de Análise dos Dados

A entrada dos dados foi realizada com sistema de dupla entrada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para controle de eventuais inconsistências por erro de digitação. O coordenador do estudo checkou 5% das entrevistas para controle de qualidade do preenchimento dos dados. Os resultados foram codificados e tabulados.

Inicialmente serão desenvolvidas análises descritivas exploratórias que caracterizarão o desfecho e as variáveis independentes. Para as variáveis contínuas serão calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, e para variáveis categóricas as respectivas proporções. As variáveis contínuas e discretas serão categorizadas segundo sua dispersão ou pontos de corte propostos para cada variável. Para as análises bivariadas, será utilizado o teste de Qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear quando a variável independente for ordinal.

Na análise ajustada, será utilizada a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para estimar a razão de prevalência do desfecho abstinência. Serão incluídas na análise as variáveis com associação estatisticamente significativa em nível de até 20 % ($p < 0,20$), conforme seu nível ou nível superior de acordo com o modelo hierárquico (descrito abaixo), permanecendo no modelo as variáveis com associação significativa em até 5 % ($p < 0,05$).

6.9.1 Modelo teórico hierarquizado

O modelo utilizado propõe que até a ocorrência do desfecho, abstinência do crack, exista uma cadeia de determinantes hierarquizados onde os níveis acima determinam os níveis abaixo na cadeia, os quais são fatores predisponentes ou não para a abstinência.

As variáveis serão ajustadas conforme seu nível ou nível superior de acordo com o modelo hierárquico.

No nível distal se encontram as variáveis sociodemográficas. No nível intermediário se encontram as variáveis de composição do domicílio, rede de apoio e padrão de consumo. Por último, no terceiro nível estão as variáveis de sintomas depressivos e ansiosos, autopercepção de saúde, estágio motivacional, tratamentos anteriores e reconhecimento de fatores problemas.

6.10 Considerações éticas

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foram observadas as regras previstas na Resolução 196/96 e o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS.

A coleta de dados foi realizada somente após explicação e esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o estudo aos indivíduos que foram entrevistados, da obtenção da assinatura do TCLE (em duas vias) e da assinatura dos termos de anuência de cada instituição.

O termo de consentimento incluiu a permissão para contatos telefônicos com os pesquisadores.

Aos entrevistados foi garantido total anonimato em relação aos dados, bem como o direito de optar por não participar da pesquisa ou abandoná-la a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados por meio de artigos publicados em periódicos científicos da área. Também haverá divulgação dos principais resultados para as instituições que participaram do estudo, contribuindo para a coleta de dados.

8 CRONOGRAMA

Ano	2011												2012											
Atividades / Mês	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Revisão da literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Redação do projeto							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Qualificação do projeto																	■							
Análise dos dados																		■						
Discussão dos resultados																			■	■				
Redação do artigo																				■	■			
Defesa da dissertação																						■		

Tabela 2- Cronograma

9 RECURSOS

O estudo foi financiado pelo CNPq, no edital 14/2009 – Universal, Processo MCT/CNPq 476941/2009-1.

ORÇAMENTO		
Itens	N x Preço unitário	Custo total
Custeio:		
Combustível para deslocamento até os serviços (total mensal a ser percorrido = 600 Km)	15 x R\$ 200,00	R\$ 3.000,00
Material de consumo (papel, canetas, cartuchos impressora, toner, diversos)	20 x R\$ 150,00	R\$ 3.000,00
Consultoria/ Assessoria especializada para treinamento e correção dos instrumentos empregados	3 x 1000,00	R\$ 3.000,00
SUBTOTAL		R\$ 9.000,00
Capital		
2 computadores (Desktop Intel Core DUO 2GB-RAM 250GB DVDRW- Windows, Norton e Office instalados)	2 x R\$ 250,00	RS 5.500,00
Material Bibliográfico	20 x R\$ 250,00	R\$ 5.000,00
SUBTOTAL		R\$ 10.500,00
TOTAL		R\$ 19.500,00

Tabela 3- Orçamento

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, A. S. et al. Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting? **J Aging Health**, v. 18, n. 4, p. 552-64, Aug 2006. ISSN 0898-2643 (Print)0898-2643 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16835389 >.

AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 790-797, 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700005&nrm=iso >.

ALMEIDA, A. et al. Ser Pai: A função paterna e o princípio da realidade. **Pensando Famílias**, v. 5, n. 5, p. 69-74, 2003.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 51-53, 2004. ISSN 1516-4446. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500013&nrm=iso >.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**

4. American Psychiatric Association - APA
2000.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. D. S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, p. 45-53, 2008. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100005&nrm=iso >.

AZEVEDO, R. C. S. D.; BOTEGA, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, p. 26-30, 2007. ISSN 1516-4446. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100009&nrm=iso >.

BARNES, D. M. Drugs: running the numbers. **Science**, v. 240, n. 4860, p. 1729-31, Jun 24 1988. ISSN 0036-8075 (Print) 0036-8075 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3381095 >.

BECK, A. T. et al. **An Inventory for Measuring Depression**. Archives of General Psychiatry, 1961.

BLUME, A. W.; SCHMALING, K. B.; MARLATT, G. A. Motivation drinking behavior change depressive symptoms may not be noxious. **Addict Behav** v. 26, p. 267-272, 2001.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: ROCA, 2004.

CABALLO, V. E. **El entrenamiento en habilidades sociales**. Em Caballo, V. E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. 4ª edição. Madrid: 1998. 403-471

_____. **Técnicas de avaliação das habilidades sociais**. Em V. E. Caballo (Org.), **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais** São Paulo: Editora Santos 2003.

CAHILL, M. et al. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. **Addict Behav**, v. 28, p. 67-79, 2003.

CALLAGHAN, R. C. et al. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. **Addict Behav**, v. 30, n. 9, p. 1834-47, Oct 2005. ISSN 0306-4603 (Print)

0306-4603 (Linking). Disponível em: <

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16111832 >.

CARLINE, E. A. et al. Drogas psicotrópicas o que são e como agem. **IMESC**, v. 3, p. 9-35, 2001.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País: 2005**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. 445

_____. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País: 2001**. São Paulo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. **ABP-APAL**, v. 15, n. 4, p. 121-127, 1993.

CHALOULT, L. Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. **Toxicomanies**, v. 4, p. 471-475, 1971.

CHEN, K.; KANDEL, D. B. Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. **Drug Alcohol Depend**, v. 50, n. 2, p. 109-21, Apr 1 1998. ISSN 0376-8716 (Print) 0376-8716 (Linking). Disponível em: <

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9649962 >.

COSTA E SILVA, V. L. D.; KOIFMAN, S. Smoking in Latin America: a major public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S109-S115, 1998. ISSN 0102-311X.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000700010&nrm=iso >.

CRUZ, M. S. Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 1996.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNHA, P. J. et al. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 103-106, 2004. ISSN 1516-4446. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200007&nrm=iso >.

DARKE, S. et al. Predictors of injecting and injecting risk-taking behaviour among methadone-maintenance clients. **Addiction**, v. 89, n. 3, p. 311-6, Mar 1994. ISSN 0965-2140 (Print) 0965-2140 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8173500 >.

DAY, E.; WILKES, S.; COPELLO, A. Spirituality and clinical care. Spirituality is not everyone's cup of tea for treating addiction. **BMJ**, v. 326, n. 7394, p. 881, Apr 19 2003. ISSN 1468-5833 (Electronic) 0959-535X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12705237 >.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Habilidades Sociais - Terapia e Educação**. Petrópolis: Vozes Editora, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; BANDEIRA, M. **Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DIAS, A. C. et al. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. **Subst Abus**, v. 29, n. 3, p. 71-9, 2008. ISSN 0889-7077 (Print) 0889-7077 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19042208 >.

DOWNEY, K. K.; HELMUS, T. C.; SCHUSTER, C. R. Treatment of heroin-dependent poly-drug abusers with contingency management and buprenorphine maintenance. **Exp Clin Psychopharmacol**, v. 8, n. 2, p. 176-84, May 2000. ISSN 1064-1297 (Print) 1064-1297 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10843300 >.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s545-s557, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&nrm=iso >.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do Alcoolismo – Um guia para profissionais da Saúde**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 1999.

EDWARDS, G.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol policy and the public good**. Oxford: Oxford University Press, 1994. xii, 226 p. ISBN 0192625616 (pbk) 0192625624 (hbk).

EVANS, J. L. et al. Predictors of injection drug use cessation and relapse in a prospective cohort of young injection drug users in San Francisco, CA (UFO Study). **Drug Alcohol Depend**, v. 101, n. 3, p. 152-7, May 1 2009. ISSN 1879-0046 (Electronic) 0376-8716 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19181458 >.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. **Addiction**, v. 102, n. 9, p. 1421-1431, 2007.

FISCHER, B. et al. Crack across Canada: Comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. **Addiction**, v. 101, n. 12, p. 1760-70, Dec 2006. ISSN 0965-2140 (Print) 0965-2140 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17156175 >.

GARRETT, J. et al. ARISE: a method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment. Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement. **J Subst Abuse Treat**, v. 14, n. 3, p. 235-48, May-Jun 1997. ISSN 0740-5472 (Print) 0740-5472 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9306299 >.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 101-108, 2008. ISSN 0101-8108. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300005&nrm=iso >.

HORTA, R. L. et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 775-783, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400005&nrm=iso >.

HYLAND, A. et al. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. **Nicotine Tob Res**, v. 6 Suppl 3, p. S363-9, Dec 2004. ISSN 1462-2203 (Print)
1462-2203 (Linking). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15799599>.

KENDALL, J. C.; SHERMAN, M. F.; BIGELOW, G. E. Psychiatric symptoms in polysubstance abusers: relationship to race, sex, and age. **Addict Behav**, v. 20, n. 5, p. 685-90, Sep-Oct 1995. ISSN 0306-4603 (Print)
0306-4603 (Linking). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8712065>.

KESSLER, F.; PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 96-98, 2008. ISSN 0101-8108. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300003&nrm=iso>.

KNAPP, P.; LUZ JÚNIOR, E. Terapia Cognitivo-Comportamental dos Comportamentos Adictivos. In: CORDIOLI, A. V. (Ed.). **Psicoterapias Abordagens Atuais**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KROEFF, L. R. et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 261-267, 2004. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200016&nrm=iso>.

LANDAU, J. et al. Strength in numbers: the ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. A Relational Intervention Sequence for Engagement. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 26, n. 3, p. 379-98, Aug 2000. ISSN 0095-2990 (Print)
0095-2990 (Linking). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10976664>.

LEITE, J. C.; GOMES, W. B. Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista. In: GOMES, W. B. (Ed.). **Fenomenologia e pesquisa em psicologia** Porto Alegre: Universidade/UFGRS, 1998. p.45-66.

LEITE, M. C. **Relações entre dependência de cocaína e transtorno depressivo: contribuição para o estudo da co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas [tese]**. 1996. Universidade de São Paulo, São Paulo.

LEITE, M. D. C. **Cocaína e Crack dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

_____. **Conversando sobre Cocaína e Crack**. 1ª. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 1999.

_____. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2000.

LLAMBÍ, M. L. et al. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. **Revista Médica del Uruguay**, v. 24, p. 83-93, 2008. ISSN 0303-3295. Disponível em: < http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952008000200003&nrm=iso >.

MADDOX, J. F.; DESMOND, D. P. **Careers of opioid users**. New York: Praeger, 1981.

MARTIN, T. C. et al. A comparison of patients relapsing to addictive drug use with non-relapsing patients following residential addiction treatment in Antigua. **West Indian Med J**, v. 54, n. 3, p. 196-201, Jun 2005. ISSN 0043-3144 (Print) 0043-3144 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16209226 >.

MCCONNAUGHY, E. A. et al. **Stages of change in psychotherapy: a follow-up report**. Psychotherapy, 1989. 494-503

MEHTA, S. H. et al. Factors associated with injection cessation, relapse and initiation in a community-based cohort of injection drug users in Chennai, India. **Addiction**, v. 107, n. 2, p. 349-58, Feb 2012. ISSN 1360-0443 (Electronic) 0965-2140 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=21815960 >.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Informações sobre Drogas. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>, 2011. Acesso em: 10 de Junho.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. **Relatório Anual 2009: a evolução do fenômeno da droga na Europa**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2009.

OLIVEIRA, M.; SZUPSZYNSK, K.; DICLEMENTE, C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 40-46, 2010. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/7207/5215> >.

OLIVEIRA, M. D. S. et al. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, p. 265-270, 2003. ISSN 0102-7972. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000200006&nrm=iso >.

OLIVEIRA, M. S. Abordagens psicoterápicas. In: PULCHERIO, G.;BICCA, C., *et al* (Ed.). **Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.125-145.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Relatório Mundial sobre Drogas. http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06_fullreport.pdf, 2007. Acesso em: 10 de Junho.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança** Brasília: Gráfica Brasil, 2001. 58-61

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; . **Neurociência del consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Ginebra: OMS: 2004.

ORSI, M. M.; OLIVEIRA, M. D. S. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, p. 3-12, 2006. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000100001&nrm=iso >.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1319-1328, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600007&nrm=iso >.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. D. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, p. 203-211, 2009. ISSN 0102-3772. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&nrm=iso >.

PRINZLEVE M et al. Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study. **European Addiction Research** v. 10, p. 139-146, 2004.

PULLEN, L. et al. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 6, n. 1, p. 3-8, Feb 1999. ISSN 1351-0126 (Print) 1351-0126 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10336731 >.

RAMOS S P; P, S. **Drogas nas escolas públicas**. 15. Porto Alegre: IV Curso de Atualização em Dependência Química, 2003.

RAMOS, S. D. P. **A Psicanálise e os Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas**. 2003. EPM, UNIFESP - EPM. Tese de Doutorado, São Paulo.

RAMOS, S. P.; PIRES, M. E. F. A Família Alcoólica e seu Tratamento. . In: RAMOS, S. P. e BERTOLOTE, J. M. (Ed.). **Alcoolismo Hoje** 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. **Crack in America : demon drugs and social justice**. Berkeley ; London: University of California Press, 1997. xvi, 388 p. ISBN 0520202414 (cloth)
0520202422 (pbk.).

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS WDR. **Referências ao Brasil**. 2009.

RICHARD, A. J.; BELL, D. C.; CARLSON, J. W. Individual religiosity, moral community, and Drug user treatment. **Journal of the Scientific Study of Religion**, v. 39, n. 2, p. 240-246, 2000.

RISSER D; SCHNEIDER B. **Drug-related deaths between 1985 and 1992 examined at the Institute of Forensic Medicine in Vienna**. Austria: Addiction, 1994. 851-857

ROTTA, N. T.; CUNHA, G. B. Exposição pré-natal à cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 179-184, 2000.

RYAN, R. M.; PLANT, R. W.; O'MALLEY, S. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. **Addict Behav**, v. 20, n. 3, p. 279-97, May-Jun 1995. ISSN 0306-4603 (Print)0306-4603 (Linking). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7653312 >.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 420-430, 2002. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400007&nrm=iso >.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. D. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 649-659, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300002&nrm=iso >.

SCHENSUL J J; CONVEY M; BURKHOLDER G. **Challenges in measuring concurrency, agency and intentionality in polydrug research**. Addictive Behavior, 2005. 571-574

SCHIFANO, F.; CORKERY, J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). **J Psychopharmacol**, v. 22, n. 1, p. 71-9, Jan 2008. ISSN 0269-8811 (Print) 0269-8811 (Linking). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18187534 >.

SIEGAL, H. A. et al. Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. **Drug Alcohol Depend**, v. 68, n. 2, p. 159-66, Oct 1 2002. ISSN 0376-8716 (Print) 0376-8716 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12234645 >.

SIEGAL, H. A.; LI, L.; RAPP, R. C. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. **Addict Behav**, v. 27, n. 3, p. 437-49, May-Jun 2002. ISSN 0306-4603 (Print) 0306-4603 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12118630 >.

SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 280-288, 2006. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200014&nrm=iso >.

STANTON, M. D.; SHADISH, W. R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. **Psychol Bull**, v. 122, n. 2, p. 170-191, 1997.

US Department of Health and Human Services: Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary 1999. Rockville, US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

TERRA, M. B. Fobia social e transtorno de pânico em pacientes dependentes de substâncias psicoativas hospitalizados. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2000.

TURNER, N. H.; O'DELL, K. J.; WEAVER, G. D. Religion and the Recovery of Addicted Women. **Journal of Religion and Health** v. 38, n. 2, p. 137-148, 1999.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION. **Global illicit drug trends**. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2001. v.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. Vienna: Organizações das Nações Unidas - OMS, 2008.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report** New York: United Nations Publications, 2009.

VAILLANT, G. E. As adições ao longo da vida: Implicações Terapêuticas. In: EDWARDS, G. e DARE, C. (Ed.). **Psicoterapia e tratamento de adições** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.5-15.

WILLIAMS, A. V.; MEYER, E.; PECHANSKY, F. Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 23, p. 407-413, 2007. ISSN 0102-3772. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000400006&nrm=iso>.

ZEMEL, M. D. L. D. S. O papel da família no tratamento da dependência. **IMESC**, n. 3, p. 43-63, 2001.

II - RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório de campo é componente da dissertação de mestrado do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e tem por objetivo retratar o processo de produção do conhecimento a partir do projeto original, incluindo os registros da inclusão no grupo de pesquisa e no projeto em questão, informações sobre a preparação do instrumento e a coleta de dados referentes ao projeto original, processamento dos questionários, análise dos dados e limitações encontradas.

A pesquisa intitulada “Fatores associados à cessação do consumo entre usuários de crack em contato com serviços de saúde na região metropolitana de Porto Alegre – RS” teve como objetivo principal identificar, entre as variáveis estudadas, as que estavam associadas com o desfecho abstinência do uso de crack, em comparação com a população em uso ativo.

Esta pesquisa envolveu a análise de dados já disponíveis no Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Álcool e Drogas do mesmo Programa, da dimensão quantitativa do projeto de pesquisa intitulado “Estudo comparativo de grupos de usuários de crack em abstinência e em uso ativo”. Este estudo foi conduzido pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no ano de 2011, foi um de estudo observacional, transversal, quali-quantitativo, com amostra de 519 usuários de crack.

2 INCLUSÃO NO GRUPO DE PESQUISA E NO PROJETO

No decorrer da produção da dissertação, a inclusão no grupo de pesquisa foi essencial para a determinação dos objetivos e procedimentos que configuraram o projeto de pesquisa, o grupo atenuou as incertezas e contribuiu para o aperfeiçoamento em pesquisa na área de Saúde Coletiva, por meio de diálogos sobre os projetos do grupo de pesquisa. O Exame de Qualificação, ao qual me submeti em julho de 2011 contribuiu para a continuidade e término do trabalho, visto que foram sugeridas correções que ajudaram a esclarecer o projeto de pesquisa.

3 PREPARAÇÃO DO INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

De acordo com os objetivos do projeto o grupo de pesquisa elaborou um questionário padronizado que incluiu os instrumentos validados URICA-drogas ilícitas- utilizado para medir o estágio motivacional, IHS – Inventário de Habilidades Sociais, que avalia as habilidades sociais, BAI – Inventário de Ansiedade de Beck, para medir sintomas ansiosos, BDI – Inventário de Depressão de Beck, para medir sintomas depressivos, além dos inventários para medir a resiliência, avaliar o apoio social e o diagnóstico de dependência e abuso.

O questionário foi testado aleatoriamente com indivíduos não pertencentes à população de estudo, com a intenção de avaliar o entendimento das questões. A pesquisa somente foi realizada após ajustes nas questões, conforme as dúvidas das pessoas participaram do estudo piloto.

Para a coleta de dados foram recrutados seis estudantes da UNISINOS, que receberam treinamento, este incluiu a leitura e discussão do manual (ANEXO B) e dos instrumentos que foram aplicados, além do detalhamento da logística da pesquisa de campo. Periodicamente os entrevistadores se reuniam com o coordenador do estudo a fim de esclarecer dúvidas, pontuar as recusas, suprimento de material, revisão dos questionários e quaisquer outras circunstâncias referentes ao trabalho de campo.

O trabalho de campo foi iniciado em março de 2010. O centro de referência, a guarda dos materiais e o contato com os serviços foram na UNISINOS.

A logística do trabalho de campo foi realizada da seguinte forma: primeiramente o grupo de pesquisa mapeou os serviços que lidavam diretamente com usuários de crack na região e formou um banco de dados com identificação dos mesmos, de seus responsáveis, contatos e dimensão dos serviços, depois do banco de dados dos serviços estar pronto, os entrevistadores começaram a coleta de dados.

A coleta de dados também era realizada a partir do contato com profissionais e usuários, por indicação destes, em qualquer ambiente onde se oportunizasse o contato, o convite e o desenvolvimento dos procedimentos estabelecidos.

Quando era em serviço de saúde, havia um contato prévio para apresentar o projeto e o questionário utilizado, incluindo os objetivos e importância da pesquisa. Após a aceitação em participar o responsável assinava a carta de anuência (ANEXO B). Os entrevistadores agendavam horários para explicar a pesquisa e convidar os indivíduos a participar do estudo. No mesmo dia era realizada a entrevista, mas antes de iniciar era lido o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e, somente após a obtenção da assinatura no TCLE, o questionário era aplicado. Quando não era em serviços de saúde, da mesma forma, a pesquisa e seus objetivos eram explicados e assinatura do TCLE era pré-requisito para começar a entrevista.

Não foram anotadas as recusas em participar, por não se poder precisar o grupo a que pertenceriam estes sujeitos, uma vez que não se iniciaria a coleta de dados. A equipe estima ter trabalhado com um índice de recusas em responder o questionário em 1 usuário para cada 10 convites, a maioria por perceber que o tempo de resposta do mesmo seria considerado longo. Em média, os usuários preencheram o questionário em cerca de 50 minutos.

3 PROCESSAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Todos os questionários foram revisados pelo entrevistador após sua entrega, se houvesse questões incompletas era solicitado ao entrevistado que revisasse a questão. Em raros casos não era possível retomar o contato. A codificação foi realizada logo depois da entrega do questionário que posteriormente foi entregue às supervisoras gerais, que fizeram uma última revisão e encaminharam os questionários para digitação.

Os questionários foram digitados com sistema de dupla entrada no programa SPSS, versão 17.0, para controle de eventuais inconsistências por erro de digitação. O coordenador do estudo checkou 5% das entrevistas para controle de qualidade do preenchimento dos dados.

4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada no SPSS, versão 17.0 e no STATA, versão 10. Para caracterizar o desfecho e as variáveis independentes, foram realizadas análises descritivas. Para as variáveis contínuas foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, e para variáveis categóricas as respectivas proporções. Para as análises bivariadas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear quando a variável independente era ordinal.

Houve uma alteração no projeto de pesquisa, esta foi referente à amostra utilizada. De acordo com o projeto seriam analisados 519 entrevistados do estudo original, no entanto, após as análises iniciais, verificou-se que somente 24 não estavam em contato com os serviços de saúde no momento da entrevista, então se optou por excluí-los da amostra, e estudar somente os usuários de crack em contato com serviços de saúde. Devido a esta escolha, a hipótese de que usuários em contato com os serviços de saúde estariam associados positivamente com abstinência de crack, presente no projeto de pesquisa, teve que ser abandonada.

Quanto à análise, todas variáveis que constituíram o questionário do recorte quantitativo, foram incluídas, abrangendo dados sociodemográficos, configuração do grupo familiar e da moradia, histórico e padrão de consumo do crack, registro de danos percebidos, esforços empenhados para obter a droga, ocorrência de estressores psicossociais, estágio motivacional, habilidades sociais, sintomas ansiosos e depressivos, resiliência, apoio social e diagnóstico de dependência e abuso. A categorização realizada para análise e a distribuição da amostra de usuários de crack está nas Tabelas 1, 2 e 3.

As variáveis que apresentaram um p valor $<0,20$ foram incluídas no modelo de análise multivariável através de Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Para encontrar as razões de prevalência ajustadas, foram incluídas na análise conforme seu nível ou nível superior de acordo com o modelo hierárquico citado no projeto de pesquisa apresentado anteriormente, permanecendo no modelo as variáveis com associação significativa em até 5 % ($p < 0,05$). Os dados desta análise deram origem ao artigo: Condições associadas à abstinência de crack, apresentado a seguir.

Tabela1- Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas de usuários de crack em contato com serviço de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.(n=495)

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Sexo		
Homens	473	95,6
Mulheres	22	4,4
Estado civil		
Com companheiro	107	21,6
Sem companheiro	388	78,4
Faixa etária		
12 a 17 anos	18	3,6
18 a 30 anos	329	66,5
Acima de 30 anos	148	29,9
Escolaridade		
Até 8 anos	298	60,2
9 anos ou mais	197	39,8
Ocupação regular		
Sim	263	53,1
Não	230	46,5
Renda total da moradia		
Nenhuma	46	9,9
Até 2	142	30,4
Acima de 2	279	59,7

Tabela2- Distribuição da amostra de usuários de crack de acordo com dados referentes à rede de apoio, composição do domicílio e padrão de consumo de usuários de crack em contato com serviço de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012. (n=495)

(continua)

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Tem familiar com indicação de tratamento mental		
Não	155	31,4
Sim	339	68,6
Coabita com usuários de outras drogas		
Não	254	51,4
Sim	240	48,6
Coabita com pessoas com indicação de tratamento mental		
Não	341	68,9
Sim	154	31,1
Idade que usou crack pela 1º vez		
Até 18	215	43,4
Acima de 18	280	56,6
Tempo de uso (anos)		
Até 1	39	7,9
1-2	37	7,5
Acima de 2	417	84,6
Frequência de consumo (dias/semana)		
0 – 4 vezes	161	32,5
5 – 7 vezes	334	67,5
Número de pedras por episódio típico de consumo		
Até 9	191	38,6
Acima de 9	304	61,4
1º droga que usou		
Cigarro/charuto	0	0
Bebidas alcoólicas	260	52,5
Maconha	146	29,5

Tabela2- Distribuição da amostra de usuários de crack de acordo com dados referentes à rede de apoio, composição do domicílio e padrão de consumo de usuários de crack em contato com serviço de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.(n=495)

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Cocaína	64	12,9
Loló/cola/solventes/lança	10	2,0
LSD ou ecstasy	11	2,2
Diazepan/ritalina/outro	1	0,2
Fuma com pai		
Não	451	91,3
Sim	43	8,7
Fuma com irmão		
Não	367	74,1
Sim	128	25,9
Fuma com filho		
Não	468	94,5
Sim	27	5,5
Fuma com desconhecidos		
Não	74	14,9
Sim	421	85,1
Fuma com outras pessoas		
Não	15	3,0
Sim	479	97,0
Usa tabaco e quer parar		
Não	124	35,2
Sim	228	64,8
Usa álcool e quer parar		
Não	237	67,5
Sim	114	32,5
Usa maconha e quer parar		
Não	114	54,3
Sim	96	45,7
Usa múltiplas drogas e quer parar		
Não	155	56,8
Sim	118	43,2

(conclusão)

Tabela3- Distribuição da amostra de usuários de crack de acordo com problemas associados, autopercepção de saúde e sintomas depressivos e ansiosos de usuários de crack em contato com serviço de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.(n=495)

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Esteve em comunidade terapêutica		
Não	55	11,1
Sim	440	88,9
Critérios para abuso		
0	18	3,6
1	14	2,8
2	59	11,9
3	146	29,5
4	258	52,1
Dependência		
Não	25	5,1
Sim	470	94,9

(continua)

Tabela3- Distribuição da amostra de usuários de crack de acordo com problemas associados, autopercepção de saúde e sintomas depressivos e ansiosos de usuários de crack em contato com serviço de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012. (n=495)

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Enchente ou incêndio em casa		
Não	459	92,9
Sim	35	7,1
Perda de emprego		
Não	223	45,1
Sim	272	54,9
Separação		
Não	278	56,2
Sim	217	43,8
Notícia de doença grave		
Não	271	54,7
Sim	224	45,3
Prisão ou problema com a justiça		
Não	250	50,5
Sim	245	49,5
Luto nos últimos 12 meses		
Não	193	39,1
Sim	300	60,9
Brigas em casa atribuídas ao crack		
Não	57	11,5
Sim	438	88,5
Separação ou divórcio atribuído ao crack		
Não	223	45,1
Sim	272	54,9
Prisão atribuída ao crack		
Não		
Sim		
Processo judicial atribuído ao crack		
Não	311	62,8
Sim	184	37,2
Dificuldades sexuais atribuídas ao crack		
Não	270	54,5
Sim	225	45,4
Perda da moradia atribuídas ao crack		
Não	286	57,8
Sim	209	42,2
Dormir na rua para conseguir usar crack		
Não	224	45,3
Sim	271	54,7
Ameaçar, agredir alguém para conseguir usar crack		
Não	282	57,0
Sim	213	43,0
Reconhece religiosidade como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	87	17,6
Sim	408	82,4
Reconhece o isolamento como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	235	47,5
Sim	260	52,5
Reconhece o susto com algum risco como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	299	60,4
Sim	196	39,6

Tabela3- Distribuição da amostra de usuários de crack de acordo com problemas associados, autopercepção de saúde e sintomas depressivos e ansiosos de usuários de crack em contato com serviço de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.(n=495)

Variáveis	Distribuição (conclusão)	
	n	%
Reconhece um emprego que não aceita crack como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	280	56,6
Sim	215	43,4
Reconhece receber ameaças como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	378	76,4
Sim	117	23,6
Reconhece hospitalização como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	301	60,8
Sim	194	39,2
Reconhece frequentar comunidade terapêutica como ajuda para cessar o uso de crack		
Não	81	16,4
Sim	414	83,6
Autopercepção de saúde		
Muito boa	95	19,2
Boa	330	66,7
Ruim	57	11,5
Muito ruim	13	2,6
Resiliência		
Inferior	167	33,9
Intermediária	166	33,7
Elevada	160	32,5
BAI		
Mínimo	257	51,9
Leve	110	22,2
Moderado	92	18,6
Grave	36	7,3
BDI		
Mínimo	223	45,9
Leve	133	27,4
Moderado	111	22,8
Grave	19	3,9

5 LIMITAÇÕES

Como limitações foram consideradas: a demora em se conseguir sujeitos dispostos a participar do estudo, o número total de sujeitos inferior ao proposto, foram realizadas 519 entrevistas (88 % do proposto), tendo sido alcançado o número previsto entre usuários Abstinentes (n=310), mas não entre aqueles em Uso Ativo (n=209).

Tais problemas podem ser atribuídos a questões operacionais como equipe de pesquisa com número de entrevistadores insuficiente para dar conta das distâncias e demais limitações percebidas no decorrer do estudo, as distâncias a serem percorridas entre os serviços ou pontos de encontro com usuários reduzia a capacidade de gerar entrevistas dos membros da equipe, o número real de usuários com perfil para a inclusão no estudo sempre é inferior ao que se estima nos primeiros contatos com os serviços das redes locais de saúde, devido ao fato de que como regra, os usuários de crack se recusaram a fazer indicação ou sugestão de nomes de outros usuários para serem buscados pelo grupo de pesquisa. Ser a pessoa que indica outra, mesmo para um estudo científico, nestes grupos sociais, de alguma forma, parece ferir um regramento mínimo ali existente, é considerada conduta inaceitável.

Estas dificuldades foram compensadas de certa forma, pela inclusão de serviços ou pontos de coleta de dados em municípios do Estado do Rio Grande do Sul, não necessariamente da Região Metropolitana, onde a equipe conseguiu acesso a usuários de crack, prosseguimento da coleta de dados, com recursos próprios, além do prazo inicialmente previsto.

III – ARTIGO CIENTÍFICO

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____

(nome completo)

idade: _____, **residente no município de** _____,

declaro para todos os fins, pelo presente termo, que fui adequadamente informado quanto aos objetivos deste estudo. O pesquisador pretende estudar condições eventualmente associadas à possibilidade de usuários de crack se absterem do uso da substância por períodos maiores que 12 semanas neste e em outros serviços de saúde. Fica claro que minha participação é voluntária, livre, gratuita, não gerando qualquer ônus ou encargo sucedâneo de minha parte ou de parte do pesquisador, pelo que posso aceitar, não aceitar ou desistir a qualquer tempo de responder às questões propostas. Estou ciente de que o estudo está sediado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos e que é desenvolvido com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Fui satisfatoriamente esclarecida (o) sobre os procedimentos do estudo. Certifico-me quanto à ausência de qualquer forma de identificação minha posterior, o que assegura a condição de anonimato e sigilo quanto às informações que passarei a dispor. Fui orientada a não informar, durante a gravação, meu nome ou dados pessoais, nem indicar nomes ou dados de identificação de terceiros. Terei acesso aos resultados do estudo, mediante solicitação ao pesquisador, pelo email rogeriohorta@prontamente.com.br ou pelo telefone 51- 3326 1097.

Deste termo fico com uma cópia e outra fica a cargo do pesquisador.

_____, ____/____/____

(assinatura)

(Rogério Lessa Horta - pesquisador)

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA

Estudo comparativo de grupos de usuários de crack em abstinência e em uso ativo.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Rogério Lessa Horta

Contatos pelo telefone: 51- 3326 1097 ou e-mail: rogeriohorta@prontamente.com.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Instituição Sediadora:

CNPJ:

Endereço:

CEP.

Telefone para contato:

Declaro, para os devidos fins, que concordo em participar como Instituição Sede na execução do projeto de pesquisa “**Estudo comparativo de grupos de usuários de crack em abstinência e em uso ativo**”, sob a coordenação do pesquisador Prof. Dr. Rogério Lessa Horta, desenvolvendo as atividades que me competem, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

_____, ____/____/____

Nome instituição

CNPJ:

Pesquisador Prof. Dr. Rogério Lessa Horta

CPF: 572021500-00

ANEXO C - QUESTIONÁRIO

Número do questionário (não preencher – uso da digitação)

quest: ___ __

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa “**Estudo Comparativo de Grupos de Usuário de Crack em Abstinência e em Uso Ativo**” de responsabilidade do Prof. Dr. Rogério Lessa Horta, tem como objetivo estudar comparativamente as populações usuárias de crack que se encontram em abstinência e em uso ativo na região metropolitana de Porto Alegre/RS. Sua participação se dará respondendo a questionários e entrevistas apresentados pela equipe de pesquisa responsável por este estudo.

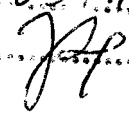
Fica claro que sua participação é voluntária, livre, gratuita, não gerando qualquer ônus ou encargos de sua parte ou de parte do pesquisador. Poderá abandonar pesquisa a qualquer momento e terá o direito em receber informações sobre as questões relacionadas ao estudo a qualquer momento, antes, durante ou depois de concluída a pesquisa.

Não é possível qualquer forma de identificação de sua pessoa, o que garante a condição de anonimato, por isso, é importante que você não registre seu nome ou dados pessoais nos questionários, nem indique nomes ou dados de identificação de terceiros.

O participante terá acesso aos resultados do estudo, mediante solicitação ao pesquisador pelo email rogeriohorta@prontamente.com.br ou pelo telefone 51- 3326 1097.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma cópia em seu poder e outra com o pesquisador.

_____, ____/____/____

CEP UNISINOS
TERMO APROVADO
 em 24/03/10


 (Assinatura do Participante)

Nome ou apelido: _____ Telefone: () _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Por favor, só prossiga na entrevista depois de verificar se o/a entrevistado/a preenche os parâmetros sugeridos.

1. SEXO: () [1] Masculino [2] Feminino sexo: __
2. IDADE (até____) _____ anos completos idade: __ __
3. ESCOLARIDADE (até____) _____ anos completos escola: __ __
4. HÁ QUANTOS DIAS VOCÊ USOU CRACK PELA ÚLTIMA VEZ?
(GRUPO____)
_____ dias. (Não entrevistar entre 15 e 84 dias) diasem: __ __ __ __
5. Está vinculado a algum tipo de atendimento? (____) (1) SIM
(2) NÃO atende: __

Não se preocupe com a forma das questões, procure apenas responder como entende o que é pedido:

1- Qual dessas opções corresponde a seu estado civil hoje? [1] casado/a ou em união estável (vive com namorado/a ou companheiro/a) [2] solteiro/a (se tem namorado/a, não vivem juntos) [3] separado/a ou divorciado/a [4] viúvo/a	Estcivil: __																				
2- Você tem uma ocupação REGULAR, todos os dias ou pelo menos 3x/semana? [1]- Não (estou desempregado, aposentado, em benefício ou optei por não ter) [2]- Sim	Trab: __																				
3- Qual a sua renda total (apenas a sua), em reais: R\$ _____, _____	Renda: _____																				
4- Qual a renda total das pessoas com quem você divide a moradia, incluindo você: R\$: _____, _____	Rentot: _____																				
5- Qual o número de pessoas com quem você divide a moradia, incluindo você: _____	Npescasa: __ __																				
6- Quantos filhos ou filhas você tem? _____	Nfilhos: __ __																				
7- Quantos filhos ou filhas seus moram com você? _____	Nfilviv: __ __																				
8- Quantas pessoas dessas com quem você divide a moradia usam crack? _____	Pviver: __ __																				
9- Quantas pessoas dessas com quem você divide a moradia usam álcool, cigarro, cocaína, maconha, cola, loló, merla, heroína ou outras drogas, fora o crack? _____	Pvivrdr: __ __																				
10- Quantas pessoas dessas com quem você divide a moradia já tiveram indicação de fazer tratamento para alguma doença mental, inclusive por problemas com drogas? _____	Pvividm: __ __																				
11 - Quantos familiares seus, ao todo (mesmo os que não moram junto com você), já tiveram indicação de fazer tratamento para alguma doença mental, inclusive por drogas? _____	Nfamdm: __ __																				
12- Quantas pessoas fazem parte do seu círculo de relações, segundo a frequência dos encontros entre vocês. (use quadro 1)	famdia: _____ famev: _____ famraro: _____ amigdia: _____ amigev: _____ amigraro: _____ colegdia: _____ colegv: _____ colegraro: _____																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequente (até 1/mês)</th> <th>Eventual (até 1/ano)</th> <th>Raro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Família</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amigos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colega de Trabalho</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atividades Comunitárias (jogos, lazer, clube, etc)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Frequente (até 1/mês)	Eventual (até 1/ano)	Raro	Família				Amigos				Colega de Trabalho				Atividades Comunitárias (jogos, lazer, clube, etc)				
	Frequente (até 1/mês)	Eventual (até 1/ano)	Raro																		
Família																					
Amigos																					
Colega de Trabalho																					
Atividades Comunitárias (jogos, lazer, clube, etc)																					

<i>Usar 800 como máximo, 999 para não respondeu e 888 para nenhum</i>					ativdia: __ __ __ ativev: __ __ __ ativraro: __ __ __
13- Nos últimos 12 meses, alguma dessas pessoas faleceu (morreu)?					mora: __ morb: __ morc: __ mord: __ more: __ morf: __ morg: __ morh: __
a- PAI:	[1]sim	[2]não			
b- MÃE:	[1]sim	[2]não			
c- FILHO/A:	[1]sim	[2]não			
d- IRMÃ/O:	[1]sim	[2]não			
e- COMPANHEIRO/A (esposo/a, namorado/a):	[1]sim	[2]não			
f- AVÔ/Ó:	[1]sim	[2]não			
g- AMIGO/A:	[1]sim	[2]não			
h- Alguém importante para você:	[1]sim	[2]não			
<i>(registre 9 se não respondeu)</i>					
14- Você passou por alguma das seguintes situações nos últimos 12 meses?:					sita: __ sitb: __ sicc: __ sidd: __ site: __ sitf: __ sitg: __
a- perda de emprego ou falência:	[1]sim	[2]não			
b- briga, ameaça ou assalto:	[1]sim	[2]não			
c- separação conjugal:	[1]sim	[2]não			
d- enchente ou incêndio em casa:	[1]sim	[2]não			
e- notícia de doença grave (sua ou de alguém querido):	[1]sim	[2]não			
f- acidente no trânsito:	[1]sim	[2]não			
g- prisão ou problema com polícia, justiça ou conselho tutelar:	[1]sim	[2]não			
<i>(registre 9 se não respondeu)</i>					
15- Com que idade você usou o crack pela primeira vez? _____ anos completos					Idcrack: __ __
<i>(use o quadro 2 e apresente uma pergunta de cada vez)</i>					Primdr: __ Idpridr: __ __ Antcr: __ __ __ __ Alcr: __ __ __ __ Parar: __ __ __ __
16- Veja o quadro com a relação de substâncias e responda, por favor:					
a- Qual foi a primeira droga que você usou e com quantos anos de idade?					
b- Que droga você já tinha usado antes de usar o crack?					
c- Quais drogas você tem usado além crack (mesmo que não esteja mais usando o crack)?					
d- Quais das que você usa atualmente você pretende deixar de usar?					
<i>(Se a primeira droga usada foi o crack, faça um X nas duas primeiras colunas e use 8 na codificação da variável primdr)</i>					
Quadro 4: SUBSTÂNCIA	a-PRIMEIRA (IDADE)	b-USAVA ANTES	c- USA ALÉM	d-QUERO PARAR	
1 - Cigarro/ charuto / cachimbo					
2 - Bebidas alcoólicas					
3 - Maconha					
4 - Cocaína cheirada ou injetada					
5 - Loló/ cola / solventes / lança					
6 - LSD ou Ecstasy					
7 - Diazepam/ ritalina/ outro remédio (não como tratamento)					

<p>Idade se a primeira foi crack: _____</p> <p><i>(Registre até 4 substâncias, em sequência, na ordem da numeração e 9, 99 ou 9999 se o entrevistado não respondeu)</i></p>	
<p>17- Quantas vezes você tentou parar de usar crack sozinho ou com ajuda, incluindo esta se você estiver tentando agora (1 vez= intervalo entre decidir parar e recomeçar uso)? _____</p>	<p>Vezipara: ___</p>
<p>18- Quantas vezes você esteve hospitalizado para tentar parar de usar crack, incluindo essa se você estiver em hospital (só para tentar parar o crack, não por outras coisas)? _____</p>	<p>Hospara: ___</p>
<p>19- Quantas vezes você esteve em fazenda ou comunidade terapêutica para tentar parar de usar crack, incluindo esta se você estiver em fazenda ou comunidade terapêutica? _____</p>	<p>Compara: ___</p>
<p>20 - Nos seus últimos 6 meses de consumo do crack, em média quantos dias a cada semana você fumou o crack? _____</p> <p><i>(usar 0 para menos de uma vez por semana)</i></p>	<p>Diascr: ___</p>
<p>21- Nos seus últimos 6 meses de consumo do crack, em média, quantas pedras você fumou de cada vez, em cada situação de consumo? _____</p>	<p>Npedras: ___</p>
<p>22- Vou indicar pessoas de suas relações e você me responde se alguma vez, desde que começou a usar crack, você fumou crack com alguma delas. Basta responder SIM ou NÃO:</p> <p>a- seu PAI: [1]sim [2]não</p> <p>b- sua MÃE: [1]sim [2]não</p> <p>c- seu FILHO ou FILHA: [1]sim [2]não</p> <p>d- sua IRMÃ ou IRMÃO: [1]sim [2]não</p> <p>e- seu COMPANHEIRO/A (esposo/a, namorado/a): [1]sim [2]não</p> <p>f- AMIGOS ou AMIGAS: [1]sim [2]não</p> <p>g- DESCONHECIDOS: [1]sim [2]não</p> <p><i>(registre 9 se não respondeu)</i></p>	<p>22a: ___</p> <p>22b: ___</p> <p>22c: ___</p> <p>22d: ___</p> <p>22e: ___</p> <p>22f: ___</p> <p>22g: ___</p>
<p>23- Pense nos últimos 12 meses, em relação ao crack e responda sim ou não para cada afirmação, mesmo que não esteja mais usando:</p> <p>a- Gastou grande parte de seu tempo, pelo menos no último mês, para conseguir, usar ou para se recuperar do uso do crack: [1]Sim [2] Não</p> <p>b- Usou crack mais vezes ou em maior quantidade do que pretendia: [1]Sim [2] Não</p> <p>c- Precisou usar mais crack do que antes para ter o efeito esperado ou percebeu que a mesma quantidade de crack já não produzia o mesmo efeito de antes: [1]Sim [2] Não</p> <p>d- Tentou ou quis interromper ou evitar o uso de crack, mas não conseguiu: [1]Sim [2] Não</p> <p>e- Continuou a usar o crack mesmo percebendo que ele lhe causava problemas emocionais, nervosos, transtorno mental ou doença física : [1]Sim [2] Não</p> <p>f- O uso do crack reduz ou elimina seu envolvimento ou sua participação em atividades importantes: [1]Sim [2] Não</p> <p>g- Quando ficou sem usar o crack teve sintomas como aflição, inquietação, irritabilidade, insônia, tremores, visões, dores no corpo, enjôo ou vômito, ou outros: [1]Sim [2] Não</p>	<p>23a: ___</p> <p>23b: ___</p> <p>23c: ___</p> <p>23d: ___</p> <p>23e: ___</p> <p>23f: ___</p> <p>23g: ___</p>

<p>24- Pense nos últimos 12 meses, em relação ao crack, mesmo que não esteja mais usando, e responda se você se reconhece ou não em cada uma das seguintes situações:</p> <p>a- Teve problemas sérios em casa, no trabalho ou na escola, como não cuidar de seus filhos, faltar no trabalho ou nas aulas, ter desempenho prejudicado no trabalho ou na escola ou perder o emprego/abandonar a escola [1]Sim [2]Não</p> <p>b- Depois de usar crack, sob efeito da droga, costuma fazer ou já fez com alguma regularidade algo que o colocou ou poderia ter colocado em risco físico (dirigir carro ou moto, usar máquina perigosa, nadar, ou outras). [1]Sim [2]Não</p> <p>c- O uso de crack o levou a fazer coisas que o tem colocado em problemas com a lei. [1] Sim [2]Não</p> <p>d- Teve problemas com a família ou com amigos provavelmente causados pelo uso do crack e continuou a usar, mesmo pensando que os problemas eram devidos ao uso do crack. [1]Sim [2]Não</p>	<p>24a: __</p> <p>24b: __</p> <p>24c: __</p> <p>24d: __</p>
<p>25- De um modo geral, você diria que sua saúde está como? Escolha uma das opções a seguir:</p> <p>[1]- Muito boa [2]- Boa [3]- Ruim [4]- Muito ruim</p>	<p>saúde: __</p>
<p>26- Vou citar algumas situações e preciso que me responda se ocorreram na sua vida de modo que você atribui ao uso do crack? Se ocorreram, mas você não atribui ao uso do crack, responda não:</p> <p>a- brigas em casa [1]Sim [2]Não</p> <p>b- separação ou divórcio [1]Sim [2]Não</p> <p>c- participação em assaltos e outros delitos [1]Sim [2]Não</p> <p>d- prisão [1]Sim [2]Não</p> <p>e- processo judicial como acusado [1]Sim [2]Não</p> <p>f- perdeu dinheiro [1]Sim [2]Não</p> <p>g- perdeu trabalho ou emprego [1]Sim [2]Não</p> <p>h- dificuldades sexuais. [1]Sim [2]Não</p> <p>i- gravidez. [1]Sim [2]Não</p> <p>j- doenças sexualmente transmissíveis. [1]Sim [2]Não (tipo HIV, herpes, hepatite, sífilis, HPV, ou outros)</p> <p>k- outras doenças [1]Sim [2]Não</p> <p>l- perdeu a casa/lugar de moradia [1]Sim [2]Não</p> <p>m- passou fome. [1]Sim [2]Não</p> <p>n- teve vergonha de si [1]Sim [2]Não</p> <p>o- depressão, desânimo, desinteresse pela vida. [1]Sim [2]Não</p> <p>p- tentou suicídio. [1]Sim [2]Não</p> <p>q- perdeu/abandonou amigos ou grupos sociais [1]Sim [2]Não</p> <p>r- perdeu contato com filhos. [1]Sim [2]Não</p> <p>s- perdeu contato com pai e/ou mãe [1]Sim [2]Não</p> <p>t- perdeu contato com outros familiares. [1]Sim [2]Não</p>	<p>sita: __</p> <p>sitb: __</p> <p>sitc: __</p> <p>sitd: __</p> <p>site: __</p> <p>sitf: __</p> <p>sitg: __</p> <p>sith: __</p> <p>siti: __</p> <p>sitj: __</p> <p>sitk: __</p> <p>sitl: __</p> <p>sitm: __</p> <p>sitn: __</p> <p>sito: __</p> <p>sitp: __</p> <p>sitq: __</p> <p>sitr: __</p> <p>sits: __</p> <p>sitt: __</p>
<p>27- Vou citar alguns fatos ou condições e preciso que me responda se algum deles, alguma vez, lhe ajudou a evitar o crack ou a parar de usar o crack. Não importa se você acha uma coisa importante, mas se você acha que isso já lhe ajudou a se controlar em relação ao crack:</p> <p>a- religiosidade, fé e orações. [1]Sim [2]Não</p>	<p>ajuda: __</p> <p>ajudb: __</p>

b- participação em cultos ou atividades religiosas.	[1]Sim [2]Não	ajudc: __
c- mudar de cidade ou de bairro	[1]Sim [2]Não	ajudd: __
d- não existir mais pedra a venda.	[1]Sim [2]Não	ajude: __
e- alguém do meu lado me cuidando sempre.	[1]Sim [2]Não	ajudf: __
f- ficar isolado num lugar sem poder pegar pedra.	[1]Sim [2]Não	ajudg: __
g- pedidos ou pressão da família.	[1]Sim [2]Não	ajudh: __
h- terapia individual (tratamento psicológico) .	[1]Sim [2]Não	ajudi: __
i- cuidar dos seus filhos.	[1]Sim [2]Não	ajudj: __
j- terapia tratamento psicológico da família.	[1]Sim [2]Não	ajudk: __
k- ter perdido algo muito importante.	[1]Sim [2]Não	ajudl: __
l- tratamento com remédios.	[1]Sim [2]Não	ajudm: __
m- me assustar com algum risco.	[1]Sim [2]Não	ajudn: __
n- ameaças recebidas.	[1]Sim [2]Não	ajudo: __
o- grupos de auto-ajuda (NA, por exemplo) .	[1]Sim [2]Não	ajudp: __
p- terapia em grupo.	[1]Sim [2]Não	ajudq: __
q- grupo de amigos que não usam	[1]Sim [2]Não	ajudr: __
r- freqüentar o CAPS ou CAPSAD.	[1]Sim [2]Não	ajuds: __
s- um emprego onde o crack não seja aceito.	[1]Sim [2]Não	ajudt: __
t- hospitalização.	[1]Sim [2]Não	ajudu: __
u- ficar em comunidade fazenda terapêutica	[1]Sim [2]Não	ajudv: __
v- freqüentar um centro de convivência com atividades para se manter ocupado	[1]Sim [2]Não	
28- Agora vou citar coisas que preciso que você me responda se já fez para conseguir o crack ou para poder fumar pedras? Mesmo que você tenha feito alguma dessas coisas, mas não para conseguir ou para poder fumar o crack, por favor, responda não:		feza: __
a- faltar no trabalho ou na aula	[1]Sim [2]Não	fezb: __
b- vender coisas da casa	[1]Sim [2]Não	fezc: __
c- pegar dinheiro ou pertences de alguém da família	[1]Sim [2]Não	fezd: __
d- furtar ou assaltar desconhecido	[1]Sim [2]Não	feze: __
e- trabalhar no tráfico de drogas	[1]Sim [2]Não	fezf: __
f- ter relações sexuais	[1]Sim [2]Não	fezg: __
g- usar dinheiro próprio que estaria reservado para outro fim	[1]Sim [2]Não	fezh: __
h- ameaçar ou agredir alguém	[1]Sim [2]Não	fezi: __
i- matar alguém	[1]Sim [2]Não	fej: __
j- pegar empréstimo de dinheiro	[1]Sim [2]Não	fejk: __
k- penhorar (pendurar) objetos	[1]Sim [2]Não	fezl: __
l- ficar sem comer	[1]Sim [2]Não	fezm: __
m- dormir na rua	[1]Sim [2]Não	fezn: __
n- fazer trabalhos extras	[1]Sim [2]Não	fezo: __
o- mentir ou enganar alguém	[1]Sim [2]Não	

(Use o quadro 3)

29- Indique com que frequência você pode contar com ajuda de alguém:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
a) Se ficar de cama?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b) Para levá-lo ao médico	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d) Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
e) Tens pessoas que demonstrem amor e afeto por você?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
f) Que lhe dê um abraço?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
g) Que você ame e que lhe faça se sentir querido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
h) Para ouvi-lo quando você precisa falar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
i) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
j) Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
l) Que compreenda seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
m) Para lhe dar bons conselhos em situação de crise?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
n) Para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
o) Existe alguém de quem você realmente quer conselhos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
p) Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
q) Com quem fazer coisas agradáveis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
r) Com quem distrair a cabeça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
s) Com quem relaxar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
t) Para se divertir junto?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

asa: __

asb: __

asc: __

asd: __

ase: __

asf: __

asg: __

ash: __

asi: __

asj: __

asl: __

asm: __

asn: __

aso: __

asp: __

asq: __

asr: __

ass : __

ast: __

(Use o quadro 4)

30- Conforme as afirmações, gostaríamos que você desse a sua primeira impressão, sem pensar:

	Discordo totalmente	Discordo	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
a)Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilia: __
b)Eu geralmente consigo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilib: __
c)Eu sou capaz de depender de mim mesmo mais do que qualquer outra pessoa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilic: __
d)manter interesse nas coisas é importante para mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilid: __
e)Eu me viro sozinho se for preciso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilie: __
f)Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilif: __
g)Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilig: __
h)Eu sou amigo de mim mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilih: __
i)Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilii: __
j)Eu sou determinado/determinada.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilij: __
l)Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilil: __
m)Eu faço as coisas um dia de cada vez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilim: __
n)Eu posso enfrentar tempos difíceis porque eu já experimentei dificuldades antes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilin: __
o)Eu sou disciplinado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilio: __
p)Eu mantenho interesse nas coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilip: __
q)Eu normalmente acho motivo para rir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliq: __
r)Minha crença em mim mesmo me leva a superar tempos difíceis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilir: __
s)Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilis: __
t)Eu geralmente consigo olhar uma situação de diversas maneiras	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilit: __
u)Às vezes eu me esforço para fazer coisas querendo ou não.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliu : __
v)Minha vida tem sentido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliv : __
x)Eu não insisto nas coisas as quais não posso fazer nada sobre elas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilix : __
z)Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliz : __
aa)Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliaa: __
bb)tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilbb: __

31- Cada afirmação abaixo descreve a maneira como você pode pensar (ou não) o seu comportamento com relação AO USO DO CRACK agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir. Por favor, leia cuidadosamente as frases e indique o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação (**ver quadro 4**). Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas:	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente	
1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5	Uri 01: —
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5	Uri 02: —
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5	Uri 03: —
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 04: —
5. Muitas pessoas usam drogas, eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5	Uri 05: —
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 06: —
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5	Uri 07: —
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 08: —
9. Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5	Uri 09: —
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	1	2	3	4	5	Uri 10: —
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 11: —
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.	1	2	3	4	5	Uri 12: —
13. Eu gostaria de ter mais idéias de como solucionar o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5	Uri 13: —
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 14: —
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5	Uri 15:

						—
16. Talvez eu tenha problemas com as drogas, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5	Uri 16: —
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5	Uri 17: —
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5	Uri 18: —
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 19: —
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5	Uri 20: —
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.	1	2	3	4	5	Uri 21: —
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por que perder tempo pensando neles?	1	2	3	4	5	Uri 22: —
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5	Uri 23: —
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.	1	2	3	4	5	Uri 24: —

(use o quadro 5)

32- Informe com que frequência você apresenta cada reação sugerida (parte **grifada** da frase)

1. Em um grupo de pessoas desconhecidas, **fico à vontade, conversando naturalmente:** ___ IHS1___
2. Quando um de meus familiares (pais, irmãos mais velhos ou cônjuge) insiste em dizer o que eu devo fazer, **contrariando o que penso, acabo aceitando para evitar problemas:** ___ IHS2___
3. Ao ser elogiado (a) sinceramente por alguém, **respondo-lhe agradecendo:** ___ IHS3___
4. Em uma conversação, se uma pessoa me interrompe, **solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo:** ___ IHS4___
5. Quando um (a) amigo (a) a quem emprestei dinheiro esquece me devolver, **encontro um jeito de lembrá-lo (a):** ___ IHS5___
6. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, **faço menção a isso, elogiando-o (a) na primeira oportunidade:** ___ IHS6___
7. Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado (a), **eu mesmo (a) me apresento a essa pessoa:** ___ IHS7___
8. Mesmo junto a conhecidos da escola ou trabalho, **encontro dificuldade em participar da conversação (“enturmar”):** ___ IHS8___
9. **Evito fazer exposições ou palestras** a pessoas desconhecidas: ___ IHS9___
10. Em minha casa, **expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos** a meus familiares: ___ IHS10___
11. Em uma sala de aula ou reunião se o professor ou dirigente faz uma afirmação incorreta, **eu exponho meu ponto de vista:** ___ IHS11___
12. Se estou interessado (a) em uma pessoa para relacionamento sexual, **consigo abordá-la para iniciar conversação:** ___ IHS12___
13. Em meu trabalho ou em minha escola, se alguém me faz um elogio, **fico encabulado (a) sem saber o que dizer:** ___ IHS13___
14. **Faço exposição (por exemplo, palestras)** em sala de aula ou no trabalho, quando sou indicado(a): ___ IHS14___

15. Quando um familiar me critica injustamente, **expresso meu aborrecimento diretamente a ele:** ___ IHS15___
16. Em um grupo de pessoas conhecidas se não concordo com a maioria, **expresso verbalmente minha discordância:** ___ IHS16___
17. Em uma conversação com amigos, **tenho dificuldade em encerrar a minha participação preferindo aguardar que os outros façam:** ___ IHS17___
18. Quando um de meus familiares, por algum motivo, me critica, **reajo de forma agressiva:** ___ IHS18___
19. Mesmo encontrando-me próximo (a) de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, **tenho dificuldade em abordá-la para iniciar conversação:** ___ IHS19___
20. Quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, **tomo a iniciativa de expressar-lhe meus sentimentos:** ___ IHS20___
21. Ao receber uma mercadoria com defeito **dirijo-me até a loja onde a comprei, exigindo a sua substituição:** ___ IHS21___
22. Ao ser solicitado (a) por um (a) colega para colocar seu nome em um trabalho feito sem a sua participação, **acabo aceitando mesmo achando que não devia:** ___ IHS22___
23. **Evito fazer perguntas** a pessoas desconhecidas: ___ IHS23___
24. **Tenho dificuldade em interromper** uma conversa ao telefone mesmo com pessoas conhecidas: ___ IHS24___
25. Quando sou criticado de maneira direta e justa, **consigo me controlar admitindo meus erros ou explicando** minha posição: ___ IHS25___
26. Em campanha de solidariedade, **evito tarefas que envolvam pedir donativos ou favores** a pessoas desconhecidas: ___ IHS26___
27. Se um (a) amigo (a), abusa de minha boa vontade, **expresso-lhe diretamente meu desagrado:** ___ IHS27___
28. Quando um de meus familiares (filhos, pais, irmãos, cônjuge) consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, **eu elogio pelo seu sucesso:** ___ IHS28___
29. Na escola ou trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado (a), **faço as perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento:** ___ IHS29___
30. Em uma situação de grupo, quando alguém é injustiçado, **reajo em sua defesa:** ___ IHS30___
31. Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas desconhecidas: **cumprimento-as:** ___ IHS31___
32. Ao sentir que preciso de ajuda, **tenho facilidades em pedi-la** a alguém de meu círculo de amizade: ___ IHS32___
33. Quando meu (minha) parceiro (a) insiste em fazer sexo sem o uso de camisinha, **concordo para evitar que ele (a) fique irritado (a) ou magoado(a):** ___ IHS33___
34. No trabalho ou na escola **concordo em fazer as tarefas que me pedem** e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos: ___ IHS34___
35. Se estou sentindo-me bem (feliz), **expresso isso para as pessoas do meu círculo de amizade:** ___ IHS35___
36. Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, sinto **dificuldade de manter um papo interessante:** ___ IHS36___
37. Se preciso pedir um favor a um (a) colega, **acabo desistindo de fazê-lo:** ___ IHS37___
38. Consigo **“levar na esportiva”** as gozações de colegas de escola ou de trabalho a meu respeito: ___ IHS38___

BDI

Indique o número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

- | | | | |
|----------|--|-----------|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 8 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. | 9 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | 10 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que eu queira. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. | 11 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar. |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado. | 12 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido. | 13 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. | 14 | <ul style="list-style-type: none"> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. |

- 2 Estou enjoado de mim.
- 3 Eu me odeio.
- 15** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
- 16** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18** 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.
- 19** 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo
Menos: () Sim () Não
- 20** 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Codificar BDI aqui:

BDI1__	BDI12__
BDI2__	BDI13__
BDI3__	BDI14__
BDI4__	BDI15__
BDI5__	BDI16__
BDI6__	BDI17__
BDI7__	BDI18__
BDI8__	BDI19__
BDI9__	BDI20__
BDI10__	BDI21__
BDI11__	

BAI

(use o quadro 6)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje.**

1. Dormência ou formigamento.	8. Sem equilíbrio.	15. Dificuldade de respirar.	BAI1:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI2:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI3:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI4:
3. () Gravemente	3. () Gravemente		
2. Sensação de calor.	9. Aterrorizado.	16. Medo de morrer.	BAI4:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI5:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI5:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI6:
3. () Gravemente	3. () Gravemente	3. () Gravemente	BAI6:
3. Tremores nas pernas.	10. Nervoso.	17. Assustado.	BAI7:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI8:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI8:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI9:
3. () Gravemente	3. () Gravemente	3. () Gravemente	BAI9:
4. Incapaz de relaxar.	11. Sensação de sufocação.	18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	BAI10:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI11:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI11:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI12:
3. () Gravemente	3. () Gravemente	3. () Gravemente	BAI12:
5. Medo que aconteça o pior.	12. Tremores nas mãos.	19. Sensação de desmaio	BAI13:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI14:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI14:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI15:
3. () Gravemente	3. () Gravemente	3. () Gravemente	BAI15:
6. Atordoado ou tonto.	13. Trêmulo.	20. Rosto afogueado.	BAI16:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI17:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI17:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI18:
3. () Gravemente	3. () Gravemente	3. () Gravemente	BAI18:
7. Palpitação ou aceleração do coração.	14. Medo de perder o controle.	21. Suor (não devido ao calor)	BAI19:
0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	0. () Absolutamente não	BAI20:
1. () Levemente	1. () Levemente	1. () Levemente	BAI20:
2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	2. () Moderadamente	BAI21:
3. () Gravemente	3. () Gravemente	3. () Gravemente	BAI21:

POR FAVOR, VOCÊ PODERIA INDICAR MAIS ALGUMAS PESSOAS QUE USEM OU TENHAM USADO CRACK PARA TENTARMOS ENTREVISTAR?

FOLHA FINAL:

Quem entrevista: _____ Entrev: __ __

Hora de início da entrevista:

Hora de término da entrevista:

Tempo total:

Local:

Observções: